



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE ITS, HIV E SIDA

**DIRECTRIZ NACIONAL  
DE MELHORIA DE QUALIDADE  
DOS CUIDADOS E TRATAMENTO  
PARA HIV E SIDA**

**2015**

# FICHA TÉCNICA

---

Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, Directriz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados e Tratamento para HIV e SIDA, 2015.

## ***Ministério da Saúde:***

Ussene Isse, Director Nacional de Assistência Médica  
Elenia Macamo, Directora Nacional Adjunta de Assistência Médica  
Aleny Couto  
Armando Bucuane  
José Tique  
Orlando Munguambe  
Florbela Bata  
Vânia Macome  
Guita Amane  
Noela Chicucue  
Roxanne Hoek  
Eduarda Gusmão

## ***Parceiros:***

CDC: Luísa Pereira, Kebba Jobarteh, Carla Xavier, Francina Mucambe  
ITECH: Helena Chuquela, Alexandre Nguimfack  
FGH: Sara Van Rompaey, Hamilton Mutemba  
EGPAF: Mohammed Ouenzar  
HEALTHQUAL: Mussa Calú  
CCS: Nidze Guiloviça  
ICAP: Maria Pilar Martinez  
ARIEL: Nehaben Ramanial

## **COLABORADORES**

### ***MISAU:***

Direcção de Planificação e Cooperação, Departamento de Melhoria de Qualidade e Humanização e Direcções Provinciais de Saúde

### **Parceiros:**

CDC, USAID e seus parceiros de implementação

## **AGRADECIMENTOS**

*Às Direcções Provinciais de Saúde e parceiros de cooperação que apoiaram todo o processo desde o piloto da abordagem de melhoria de qualidade para cuidados e tratamento para HIV, onde juntos conseguimos identificar os desafios para uma melhor implementação à escala nacional.*



# ÍNDICE

---

ACRÓNIMOS .....	5
PREFÁCIO .....	7
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS: .....	9
1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1. Justificativa .....	13
1.2. Desenvolvimento da Directriz Nacional de MQHIV .....	14
2. OBJECTIVOS DA DIRECTRIZ NACIONAL DE MQHIV .....	16
2.1. Objectivo Geral .....	16
2.2. Objectivos Específicos .....	16
2.3. Grupo Alvo .....	16
3. ELEMENTOS DA ABORDAGEM DE MQHIV .....	17
3.1. Avaliação de Desempenho Baseada nos Padrões de Cuidados e Tratamento para HIV do MISAU .....	18
3.2. Ciclos Contínuos de Melhoria .....	18
3.3. Actividades de Supervisão Formativa .....	21
3.4. Formação Contínua e Tutoria Clínica .....	21
3.5. Monitoria da Implementação do Plano de Acção .....	22
3.6. Encontros de Troca de Experiência para Partilha e Disseminação de Boas Práticas .....	23
3.7. Reconhecimento das US com bom desempenho .....	23
3.8. Envolvimento do Paciente e suas Comunidades .....	24
4. IMPLEMENTAÇÃO DA DIRECTRIZ NACIONAL DE MQHIV .....	25
4.1. Estrutura Organizacional para Implementação .....	25
4.2. Modalidades de implementação da abordagem MQHIV .....	28
4.3. Critérios de Inclusão de US .....	29
4.4. Formação na Abordagem de MQHIV .....	30
4.5. Facilitadores da Implementação da Abordagem de MQHIV .....	30
4.6. Responsabilidades na Implementação .....	31

5.	MONITORIA E AVALIAÇÃO .....	35
	5.1. Medidas de Desempenho Validadas .....	35
	5.2. Instrumentos e Procedimentos Padronizados para a Avaliação do Desempenho Clínico .....	35
	5.3. Sistemas Electrónicos de Seguimento de Pacientes e Sua Relevância na Implementação da Directriz de MQHIV .....	36
	5.4. Plano de Análise de Dados .....	37
6.	PESQUISA EM MQ .....	38
7.	REFERÊNCIAS.....	39

## ACRÓNIMOS

---

AQD	Avaliação da qualidade de dados
ARV	Antiretroviral
CLINIQUAL	Clinical Quality
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MQ	Melhoria de Qualidade
MQHIV	Melhoria de Qualidade dos Cuidados e Tratamento para HIV e SIDA
PdA	Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA
PDSA	Plan (Planificação), Do (Execução), Study (Verificação), Act (Acção)
PNC ITS HIV/SIDA	Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV e SIDA
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento antiretroviral
US	Unidade Sanitária



## PREFÁCIO

---

Moçambique enfrenta uma epidemia de HIV e SIDA, com uma prevalência de 11.5% que o posiciona entre os 10 países mais afectados pela pandemia no mundo.

Estima-se que 1.6 milhões de pessoas vivam com HIV/SIDA no país. Em 2001, como resposta à epidemia, o Ministério da Saúde determinou que o acesso ao tratamento antiretroviral deveria ser oferecido nos Hospitais Centrais por médicos qualificados. Posteriormente, enquadrada no Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2007-2012), esta medida foi alargada a todos os Hospitais Provinciais e Distritais.

Em 2013, o Ministério da Saúde adoptou uma estratégia mais abrangente de controlo da epidemia orientada a nível nacional pelo Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA 2013-2017. Este plano apresenta como um dos principais objectivos atingir uma cobertura de 80% de pacientes elegíveis a receberem tratamento antiretroviral até 2017.

Com a expansão massiva do acesso ao tratamento antiretroviral, no âmbito do plano de aceleração, o equilíbrio entre a demanda de serviços e a garantia de qualidade da prestação dos mesmos tornou-se um desafio ainda mais significativo. Embora vários esforços tem sido empreendidos na implementação de métodos para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e tratamento para HIV e SIDA, estes tem sido implementados de forma isolada e não padronizada, tornando-se evidente a necessidade de elaboração de directrizes claras e que possam orientar a implementação à escala nacional.

É neste contexto que foi desenvolvida e pilotada uma nova abordagem padronizada de melhoria de qualidade dos cuidados e tratamento para HIV e SIDA que assenta na avaliação de padrões de desempenho clínico e na elaboração de planos de melhoria para áreas de fraco desempenho. O processo de desenvolvimento da abordagem teve em consideração a experiência adquirida nas várias intervenções de melhoria de qualidade implementadas ao longo dos últimos anos pelo Ministério da Saúde e seus parceiros, modelos descritos na literatura e culminou com a elaboração desta directriz.

O presente documento tem como propósito orientar gestores e provedores de saúde na implementação de uma abordagem padronizada de melhoria de qualidade para cuidados e tratamento para HIV e SIDA em Moçambique.

A Ministra da Saúde  
  
Dra. Nazira Kalimo Vali Abdula



## DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

---

<i>Indicador</i>	No contexto da estratégia de MQHIV, o indicador é tomado como um critério para avaliar a diferença entre a situação desejada (padrão) e a situação de momento. O mesmo facilita a identificação de áreas que necessitam de intervenções para melhoria.
<i>Avaliação de desempenho</i>	Instrumento quantitativo que com base em indicadores ou objectivos, classifica a qualidade de um serviço ou processo. É uma ferramenta de diagnóstico dos problemas emergentes, procurando manter os padrões definidos.
<i>Qualidade</i>	No contexto de MQHIV, representa o grau em que os cuidados e tratamento são prestados às PVHIV em concordância com os padrões nacionais.
<i>Gestão de Qualidade (GeQ)</i>	Inclui actividades de melhoria de qualidade e gestão de sistemas que alimentam tais actividades: comunicação, educação e suprimento de recursos. A integração da qualidade na organização de determinado programa é referida como Gestão de Qualidade (GeQ). A GeQ inclui funções sobre Garantia de Qualidade e de Melhoria de Qualidade.
<i>Garantia de Qualidade (GQ)</i>	Refere-se a uma visão abrangente das actividades contínuas de avaliação para assegurar o cumprimento dos padrões de qualidade. A monitoria do cumprimento dos padrões e guiões actualizados para cuidados e tratamento para HIV e adesão as normas, regras e regulamentos.
<i>Melhoria de Qualidade (MQ)</i>	Processo contínuo baseado na avaliação-intervenção avaliação. É uma abordagem para o estudo contínuo de melhoria dos processos de prestação de serviços, neste caso dos utentes com HIV/SIDA.

*O ciclo de  
Planificação,  
Execução,  
Verificação  
e Acção  
(PDSA/PEVA)*

Modelo de MQ adoptado para o desenho desta Directriz, o qual pressupõe:

- Planificação - identifica problemas e delinea intervenções para mudança.
- Execução - implementa intervenções de melhoria, que podem iniciar em pequena escala.
- Verificação - avalia os resultados das intervenções, os pontos positivos e/ou negativos aquando da sua implementação. Será que a intervenção melhorou a situação como se esperava melhorar?
- Acção - adoptar ou rejeitar a intervenção testada/implementada se houve sucesso, abandoná-la ou reiniciar o ciclo ajustando a intervenção.

*Resultado*

No contexto da MQHIV, é a resposta que se tem depois de implementadas as intervenções de melhoria. A robustez na planificação, implementação e monitoria das intervenções muitas vezes conduz a resultados positivos. Porém, não determinam resultados positivos.

*Tutoria Clínica*

Estratégia implementada para a melhoria do desempenho profissional do pessoal clínico da unidade sanitária, através de uma colaboração de forma contínua, onde um profissional de saúde com experiência clínica e científica acompanha e orienta o trabalho do profissional clínico com menos experiência ou formação, com vista à melhorar o seu desempenho profissional para a provisão de cuidados de saúde de qualidade.

*Abordagem de  
MQHIV completa*

São ciclos contínuos de melhoria da qualidade dos cuidados e tratamento oferecidos às PVHIV. Dentre outras etapas, a Abordagem de MQHIV Completa pressupõe uma avaliação inicial e outra final de todos os

*Abordagem de  
MQHIV  
simplificada*

indicadores da Directriz de MQHIV. Esta abordagem focaliza-se em US com grande volume de pacientes em TARV (> 500 pacientes).

À semelhança da abordagem completa, são ciclos contínuos de melhoria da qualidade dos cuidados e tratamento oferecidos às PVHIV. Porém, pressupõem uma avaliação inicial e outra final de apenas dois indicadores da Directriz de MQHIV, que são escolhidos a nível central. Esta abordagem focaliza-se em US com menor volume de pacientes em TARV (<500 pacientes) e/ou em US em processo de implementação da abordagem completa.



# 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1. Justificativa

Em 2013, o Ministério da Saúde (MISAU) lançou o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA 2013 a 2017 (PdA) que prevê atingir uma cobertura de 80% de pacientes elegíveis a receberem TARV até 2017, baseando-se no princípio de que a massificação do tratamento contribui para reduzir a mortalidade associada ao HIV e tem um potente efeito preventivo<sup>(1-5)</sup>. Com a implementação do plano de aceleração, até ao final de 2014, o país contava com um total de 646.312 pacientes em TARV, comparado a 308.578 no final 2012<sup>(6,7)</sup>.

Este aumento exponencial de pacientes com acesso ao TARV nos últimos 2 anos, espelha, por um lado, o sucesso da implementação do PdA, mas por outro lado o crescente desafio entre a demanda de serviços e a garantia de qualidade do desempenho clínico.

Em resposta à expansão do acesso ao TARV e de outros programas relacionados com o HIV/SIDA nos últimos 10 anos, tem se notado uma atenção maior sobre a qualidade dos serviços clínicos prestados às PVHIV. Em 2007, o MISAU introduziu pela primeira vez o CLINIQUAL, uma plataforma que visava avaliar a qualidade de serviços clínicos prestados às PVHIV e desenvolver projectos de melhoria a nível da US; introduziu também a tutoria clínica, uma abordagem de formação contínua em serviço, focada na melhoria das competências de técnicos de saúde que providenciam serviços às PVHIV. Em coordenação com as autoridades de saúde das províncias, os parceiros de cooperação têm vindo a implementar muitas outras estratégias de melhoria de qualidade (MQ) do desempenho clínico. Apesar dos esforços empreendidos com a implementação destas estratégias, ainda prevalecem e/ou emergem desafios na qualidade. Algumas áreas de cuidados e tratamento tais como avaliação nutricional, a administração de profilaxias para infecções oportunistas e a retenção ao TARV que pouco tem melhorado, são demonstrativas dos desafios que existem na qualidade dos serviços oferecidos às PVHIV.

Acrescente demanda de serviços, a exiguidade de recursos humanos, materiais

e logísticos são apontados como barreiras importantes para a melhoria de qualidade do desempenho clínico. Por outro lado, as iniciativas para a MQ dos cuidados e tratamento para HIV e SIDA tem sido implementadas de forma isolada e não padronizada. Assim, a falta de uma orientação clara e padronizada sobre os procedimentos de implementação destes métodos a nível nacional constitui também uma importante barreira à MQ do desempenho clínico.

O reconhecimento do desafio da qualidade do desempenho clínico feito durante o desenvolvimento do PdA, tanto que este já prevê o desenvolvimento de uma abordagem padronizada de MQ dos cuidados e tratamento para HIV. Assim, tornou-se pertinente desenvolver instrumentos que contribuam para que todos os intervenientes chave, incluindo gestores nacionais, provinciais, distritais e técnicos de saúde apliquem de forma padronizada os métodos de MQ para atingir as metas e objectivos pretendidos. É também importante realçar que a demonstração de resultados na MQ do desempenho clínico encoraja maiores investimentos no sistema de saúde e aumenta a confiança de que estes estão a ser aplicados de forma eficaz e eficiente. É neste contexto que se elaborou a Directriz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados e Tratamento para HIV (MQHIV), documento orientador para a implementação desta abordagem a nível nacional.

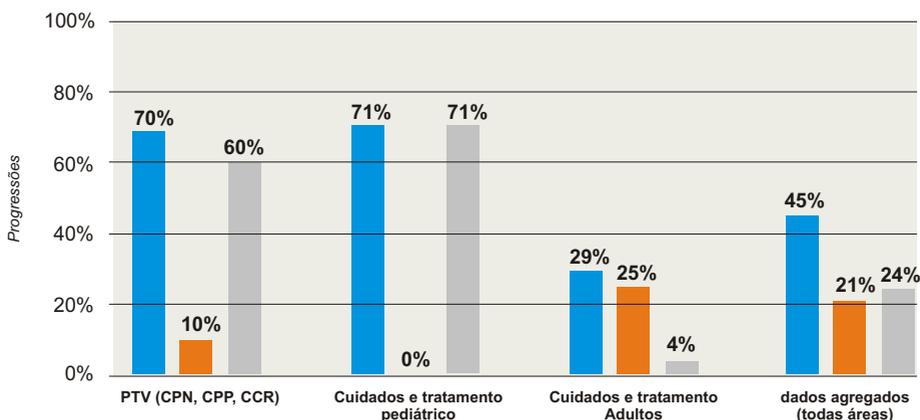
## **1.2. Desenvolvimento da Directriz Nacional de MQHIV**

Em 2011, foi criada uma equipe multidisciplinar liderada pelo MISAU para elaborar uma abordagem de MQ específica para os serviços de cuidados e tratamento para HIV e SIDA que estivesse enquadrada nas Directrizes da Estratégia Nacional de Melhoria de Qualidade e Humanização 2011 - 2014 do MISAU. Pretendia-se ainda que o documento respondesse aos desafios impostos pela implementação do PdA. Para a sua elaboração, foram considerados os padrões de cuidados e tratamento para HIV no país, as várias intervenções de MQ que estavam em processo de implementação pelo MISAU e seus parceiros, assim como outros elementos adaptados de modelos descritos na literatura<sup>(8,9)</sup>.

Com base nos padrões de cuidados e tratamento para HIV, a abordagem de MQ

desenvolvida incorpora avaliações da qualidade do desempenho clínico a nível da US e a elaboração de planos de acção para a melhoria das áreas de fraco desempenho. Depois de finalizada em 2012, a nova abordagem de MQ foi pilotada em 51 Unidades Sanitárias de sete províncias nomeadamente: Maputo Cidade, Maputo Província, Gaza, Tete, Zambézia, Cabo Delgado e Niassa.

Figura 1. Diferenças nas progressões entre Indicadores prioritizados nos planos de acção e não prioritizados, Resultados do Piloto da Abordagem de MQHIV.



A Figura 1 mostra a diferença nas progressões entre indicadores prioritizados nos planos de acção, para os quais foram desenvolvidas intervenções de melhoria e os indicadores que não foram incluídos em planos de acção. O gráfico sugere uma tendência de maior evolução para os indicadores prioritizados.

Os resultados do piloto encorajam a expansão da nova abordagem de MQ pelo facto de esta contribuir para a melhoria da qualidade assistencial, por promover uma cultura de auto-avaliação, incentivar a tomada de decisão e a partilha de boas práticas<sup>(9)</sup>. A implementação do piloto permitiu também testar o modelo proposto e ajustá-lo à realidade das US. No final do piloto, foi realizada uma oficina de trabalho onde foram auscultadas as Províncias e outros intervenientes chave sobre o sucesso e principais desafios de implementação. As idéias e os consensos alcançados na oficina de trabalho contribuíram significativamente para a revisão e finalização deste documento.

## 2. OBJECTIVOS DA DIRECTRIZ NACIONAL DE MQHIV

---

### 2.1. Objectivo Geral

A Directriz Nacional de MQHIV institucionaliza uma plataforma padronizada para que todos os intervenientes chave a nível nacional possam coordenar, planificar, mobilizar recursos, implementar, monitorar e avaliar intervenções de MQ por forma a garantir a provisão de cuidados e tratamento para HIV e SIDA, dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pelo MISAU.

### 2.2. Objectivos Específicos

- Disseminar os padrões de cuidados e tratamento para HIV para referência a nível nacional;
- Criar uma estrutura organizacional para a coordenação da implementação das actividades de MQHIV desde o nível central até ao nível da US;
- Criar capacidade a nível das US para a implementação da abordagem de MQHIV;
- Identificar e disseminar boas práticas;
- Envolver os utentes e suas comunidades na abordagem de MQHIV.

### 2.3. Grupo Alvo

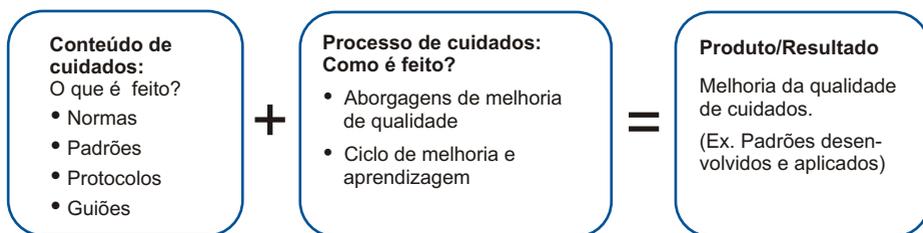
A Directriz é orientada a um grupo alvo que inclui:

- Gestores de nível nacional, provincial e distrital;
- Provedores incluindo Médicos, Técnicos de Medicina, Agentes de Medicina e Enfermeiros, entre outros;
- Parceiros de implementação.

### 3.ELEMENTOS DA ABORDAGEM DE MQHIV

A directriz aqui apresentada assenta num modelo para a MQ clínica adaptado de P.B Batalden e Soltz <sup>(10)</sup>. Este modelo é baseado em duas componentes básicas: (1) "O que é feito (Conteúdo dos cuidados)?" e (2) "Como é feito (processo de cuidados)?" (Figura 2). Abordar qualquer uma das duas componentes pode levar à MQ, mas a abordagem simultânea das duas tem efeito sinérgico. Outros elementos foram adaptados com base na experiência adquirida na implementação de outras intervenções de MQ nas unidades sanitárias.

Figura 2. Relação entre melhoria de qualidade, conteúdo de cuidados e seu processo de provisão



Esta secção descreve os principais elementos da abordagem de MQHIV (Tabela 1) e, de forma resumida, como será feita a sua aplicação operacional.

*Tabela 1: Elementos da abordagem de MQHIV*

1. Padrões de cuidados e tratamento para HIV
2. Ciclos contínuos de melhoria
3. Supervisão formativa
4. Formação contínua e Tutoria clínica
5. Monitoria do plano de acção
6. Partilha de boas práticas
7. Reconhecimento das US
8. Envolvimento do Paciente e suas Comunidades

### **3.1. Avaliação de Desempenho Baseada nos Padrões de Cuidados e Tratamento para HIV do MISAU**

A abordagem de MQHIV assenta em padrões de desempenho clínico desenvolvidos com base nos manuais e guiões de cuidados e tratamento para HIV do MISAU <sup>(11)</sup>. Os padrões recomendados nesta directriz incluem normas sobre o despiste, profilaxia e tratamento de infecções oportunistas, aspectos laboratoriais e sobre o acesso e adesão ao TARV.

Para a avaliação dos padrões de desempenho clínico, foi desenvolvida uma lista de indicadores das áreas de cuidados e tratamento para HIV (adulto e pediátrico) e prevenção da transmissão vertical (mulheres grávidas, crianças expostas e mulheres lactantes) – vide Anexo 1: Padrões e Indicadores de Cuidados e Tratamento para HIV.

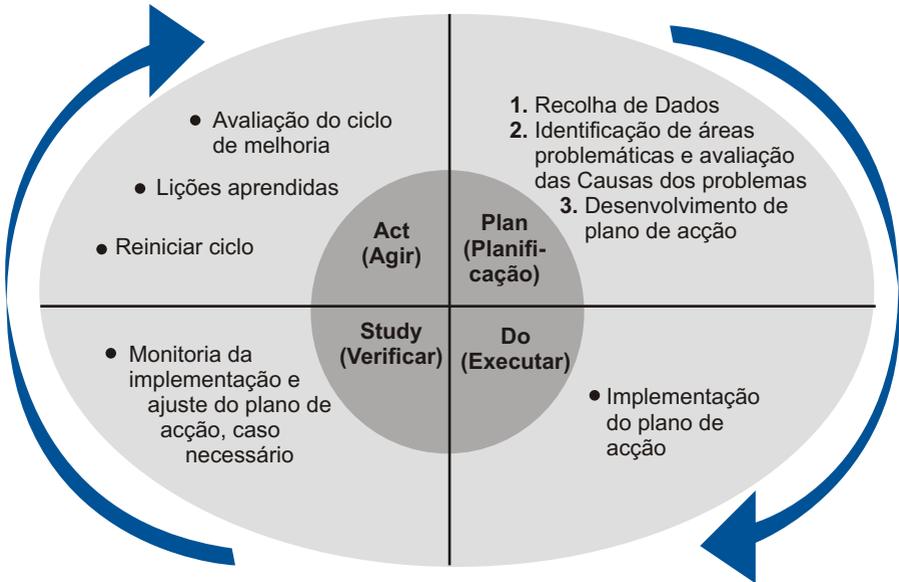
Estas avaliações do desempenho clínico serão feitas em 3 momentos:

- Avaliação inicial: para avaliar o desempenho clínico, identificar e priorizar áreas problemáticas do desempenho e elaborar um plano de acção.
- Avaliação intermédia: para monitorar a implementação das acções de MQ incorporadas no plano de acção.
- Avaliação final: para avaliar o efeito das intervenções incorporadas no plano de acção sobre a variação dos indicadores no final do ciclo de MQ.

### **3.2. Ciclos Contínuos de Melhoria**

A abordagem de MQHIV será implementada em ciclos contínuos de 6 meses em que são realizadas avaliações do desempenho clínico dos cuidados e tratamento para HIV e implementadas intervenções para a melhoria das áreas de fraco desempenho. O Modelo de Deming e Shewhart (Planificação, Execução, Verificação e Acção - PDSA) constitui a base da abordagem cíclica <sup>(8,9)</sup>. Este modelo é amplamente aceite e aplicado para a melhoria de serviços de saúde (Figura 3).

Figura 3: O Ciclo de Melhoria de Qualidade (PDSA)



### 3.2.1. Planificação

Esta fase tem por objectivo desenvolver um plano de acção para a melhoria da qualidade, e tem os seguintes passos:

- Recolha de dados para a avaliação do desempenho clínico de acordo com os padrões de cuidados e tratamento para HIV (medidos através de indicadores) a nível da US (Vide o Manual de Procedimentos da Directriz Nacional de MQHIV, Versão 1).
- Actividades de supervisão formativa interna (elaborada pelo pessoal da própria US - Director Clínico, Responsável da US ou outra pessoa qualificada) com o objectivo de prestar apoio técnico imediato para identificar lacunas, oportunidades e soluções conjuntas que são incorporadas no plano de acção (Conforme descrito na secção 3.3- Actividades de Supervisão).
- Análise dos dados, identificação e priorização de indicadores de fraco

desempenho. A priorização de indicadores será feita a dois níveis, obedecendo os seguintes critérios:

- a. Nacional (para que não se perca a perspectiva das prioridades nacionais):
    - Dois (2) indicadores priorizados a nível nacional deverão ser incorporados em TODOS os planos de acção das US envolvidas, caso tenham um desempenho <85%, no referido indicador.
  - b. US (para que sejam resolvidos os problemas locais)
    - Três (3) indicadores nas US de grande volume de pacientes em TARV (>1000).
    - Dois (2) indicadores nas US com volume médio de pacientes em TARV (entre 500 e 1000).
    - Um (1) indicador nas US de baixo volume de pacientes em TARV (<500)
- iv. Elaboração do plano de acção focado nas áreas de fraco desempenho (indicadores priorizados). As acções de melhoria devem ser desenvolvidas para resolver as causas mais importantes do fraco desempenho dos indicadores priorizados. Devem ser priorizadas as intervenções que possam ser resolvidas a nível local.

NOTA: Nas US de baixo volume (<500 pacientes), será implementada uma abordagem simplificada de MQHIV (Veja secção 5.1 Modalidades de Implementação da Abordagem de MQHIV) em que será elaborado um plano de acção APENAS para os indicadores priorizados a nível nacional.

### 3.2.2. Execução

Esta fase tem por objectivo implementar o plano de acção desenvolvido pela US. É importante que se faça a monitoria regular da implementação do plano de acção de modo a que potenciais constrangimentos do processo de implementação sejam identificados e resolvidos precocemente.

### *3.2.3. Verificação*

A fase de verificação ocorre a meio do processo. Tem por objectivo monitorar o grau de implementação do plano de acção, identificar precocemente potenciais desafios e ajustar o plano, caso seja necessário. No contexto de MQHIV, nesta fase não são adicionados novos indicadores ao plano de acção.

### *3.2.4. Acção*

Esta fase tem por objectivo avaliar o efeito das intervenções sobre a variação dos indicadores no final do ciclo e definir acções em função dos resultados da implementação do plano de acção: (i) adoptar as intervenções implementadas caso tenham gerado melhoria no desempenho e partilhar as lições aprendidas; (ii) reiniciar o ciclo desenvolvendo um novo plano de acção para as áreas de desempenho que não tenham melhorado ou para outras áreas que não haviam sido priorizadas no ciclo anterior.

## **3.3. Actividades de Supervisão Formativa**

Diferente da supervisão clássica, a supervisão formativa no âmbito da abordagem de MQHIV tem por objectivo prestar apoio técnico imediato para identificar lacunas, oportunidades e soluções conjuntas que são incorporadas no plano de acção. Enquadrada na abordagem de MQHIV, a supervisão formativa interna é efectuada pelo pessoal da própria US (Director Clínico, Responsável da US ou outra pessoa qualificada) antes da elaboração do plano de acção. Por sua vez, a supervisão formativa externa é efectuada na avaliação intermédia - a meio termo da implementação do plano de acção - pelo nível distrital ou superior.

## **3.4. Formação Contínua e Tutoria Clínica**

A tutoria clínica é um sistema de formação clínica e prática baseada numa relação de colaboração, idealmente de forma contínua, onde um profissional de

saúde com experiência clínica e científica acompanha e orienta o trabalho do profissional clínico com menos experiência ou formação, com vista a melhorar o seu desempenho profissional para a provisão de cuidados de saúde de qualidade. Esta actividade apoia o fortalecimento do pessoal clínico nas próprias US onde este pessoal trabalha (evitando assim que o pessoal tenha que se ausentar continuamente para participar em formações).

O modelo de tutoria complementa a formação inicial ou contínua e utiliza estratégias de ensino e aprendizagem como: apresentações de caso, discussão de casos clínicos, consultas com supervisão, conferências técnicas, cujos recursos de ensino e aprendizagem usados são: algoritmos, tabelas, lista de verificação de competências, entre outros.

Como elemento da abordagem de MQHIV, a tutoria clínica será incorporada nos planos de acção quando deficiências na competência clínica identificadas na análise dos dados de desempenho clínico, constituem a causa do fraco desempenho. A tutoria clínica interna focada nas áreas de fraco desempenho será realizada por tutores (profissionais de saúde com mais experiência clínica) da própria US, planificada para acontecer durante os 6 meses do ciclo de MQ. A tutoria clínica externa, realizada por uma equipa externa, composta por membros do nível distrital ou superior, será realizada aquando da avaliação intermédia.

### **3.5. Monitoria da Implementação do Plano de Acção**

Entende-se por monitoria, no contexto da abordagem de MQHIV, como sendo o acompanhamento periódico (diário, semanal, quinzenal e/ou mensal, etc.) e sistematizado da implementação das intervenções descritas no plano de acção da US. A monitoria do plano de acção deve ser realizada pelo pessoal da própria US, permitindo obter evidências de que as actividades estão a ser implementadas e de forma atempada, identificar e resolver lacunas no processo. A directriz inclui instrumentos para apoiar a monitoria sistemática da implementação do plano de acção a nível da US.

### **3.6. Encontros de Troca de Experiência para Partilha e Disseminação de Boas Práticas**

A partilha de experiências constitui um elemento fundamental do processo de melhoria. Os encontros de troca de experiência foram introduzidos na abordagem de MQHIV para dar oportunidade as US de partilharem os desafios e boas práticas resultantes da implementação dos planos de acção. Momentos específicos foram determinados para a troca de experiência:

A nível provincial (durante os encontros do comité de gestão de serviços clínicos):

1. Após a avaliação intermédia, permitindo que as US partilhem desafios e intervenções que estejam a resultar em melhoria antes do término do ciclo;
2. No final do ciclo, permitindo a identificação de boas práticas.

A nível nacional (durante as reuniões anuais de Melhoria de Qualidade e Humanização)

3. No final do ciclo, permitindo a identificação de boas práticas que possam ser disseminadas a nível nacional e o reconhecimento das US com bom desempenho.

### **3.7. Reconhecimento das US com bom desempenho**

O objectivo principal do reconhecimento das US com bom desempenho clínico em relação ao cumprimento dos padrões nacionais de cuidados e tratamento para HIV é de valorizar o trabalho do profissional de saúde. Por outro lado, existe também a necessidade de consciencializar a todos outros trabalhadores de saúde sobre o nível de qualidade de cuidados e tratamento que as suas US prestam aos pacientes seropositivos e motivá-los a atingir padrões cada vez mais elevados.

### *3.7.1. Diploma de Reconhecimento*

Um diploma de reconhecimento será atribuído a todas as unidades sanitárias que mantiverem um desempenho geral acima de 85% em dois ciclos consecutivos de MQ.

Outras formas de reconhecimento pelo empenho na melhoria do desempenho incluem o reconhecimento público, convites formulados as US com bom desempenho para partilha da sua experiência em encontros nacionais, publicação de resultados na página web do MISAU, entre outras.

## **3.8. Envolvimento do Paciente e suas Comunidades**

No contexto da implementação da Directriz nacional de MQHIV, o envolvimento activo de pacientes e suas comunidades é uma condição essencial para a identificação dos problemas, suas causas e para o desenvolvimento de potenciais soluções para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. Usando os mecanismos já existentes de envolvimento de pacientes e suas comunidades, incluindo a estrutura organizacional para a implementação de actividades de Melhoria de Qualidade e Humanização, serão desenvolvidos num futuro recente, pilotados e posteriormente implementados, no âmbito da Directriz, instrumentos que potenciem o maior envolvimento dos pacientes nas actividades de MQHIV.

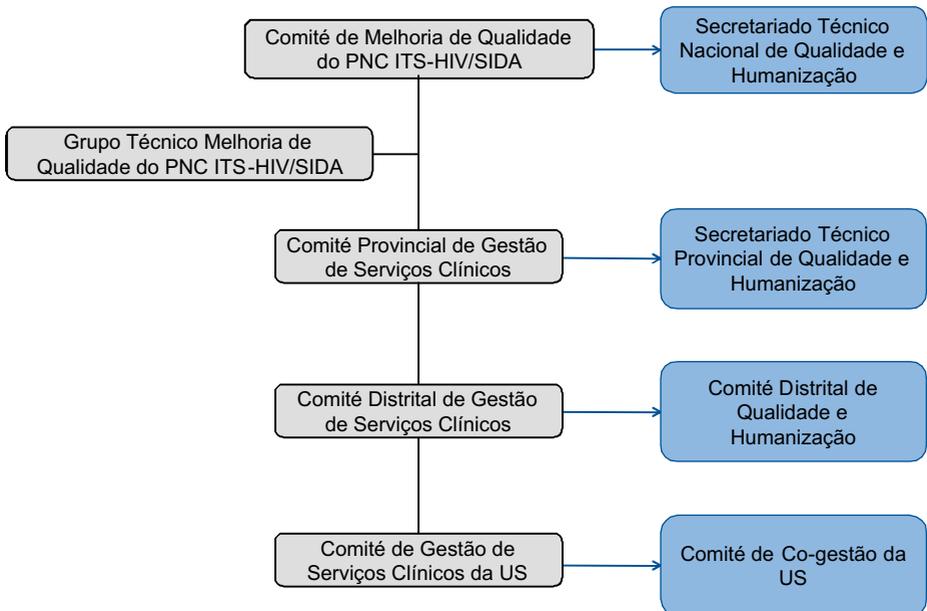
## 4. IMPLEMENTAÇÃO DA DIRECTRIZ NACIONAL DE MQHIV

### 4.1. Estrutura Organizacional para Implementação

O PNC ITS-HIV/SIDA reforçou a sua estrutura organizacional para garantir a efectiva implementação da Directriz Nacional de MQHIV e a institucionalização de uma cultura de melhoria contínua de qualidade entre os profissionais de saúde (Figura 4).

O reforço da estrutura organizacional foi feito tendo em consideração a estrutura-mãe para as actividades de MQ a nível do MISAU que estão definidas na Estratégia Nacional de Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde.

Figura 4. Organigrama para a implementação da Directriz Nacional de MQHIV



Abaixo apresentamos a descrição dos termos de referência de cada componente da estrutura do organigrama proposto acima:

#### *4.1.1. Comité de Melhoria de Qualidade do PNC ITS-HIV/SIDA*

O comité de MQ do PNC ITS-HIV/SIDA é responsável pelo desenvolvimento e pela coordenação do processo de implementação da Directriz Nacional de MQHIV; orienta a criação das estruturas provinciais para a sua implementação e verifica a sua funcionalidade através de relatórios de implementação, de visitas de apoio técnico e observação directa das actividades. Elabora ainda o plano anual de actividades de MQ e é responsável pela sua implementação.

O comité é liderado pelo Chefe do PNC ITS-HIV/SIDA e reporta ao respectivo Director Nacional. As actividades do comité devem ser realizadas em coordenação com o Departamento de Melhoria de Qualidade e Humanização do MISAU através do seu secretariado técnico nacional.

O comité reúne-se mensalmente e sempre que necessário.

#### *4.1.2. Grupo Técnico de MQ do PNC ITS-HIV/SIDA*

O Grupo Técnico de MQ do PNC ITS-HIV/SIDA confere suporte técnico para a tomada de decisões em relação às actividades de MQ e ao processo de implementação da directriz de MQHIV. Participa directamente das diferentes fases de implementação da directriz e informa de forma atempada sobre os desafios, constrangimentos e factores facilitadores.

Participam do grupo técnico membros do PNC ITS-HIV/SIDA, os Programas de Tuberculose e da Prevenção da Transmissão Vertical e parceiros de implementação. O Grupo reúne-se bimensalmente ou sempre que necessário.

#### *4.1.3. Comité Provincial de Gestão dos Serviços Clínicos*

O Comité Provincial de Gestão dos Serviços Clínicos coordena a implementação das actividades dos programas de saúde incluindo a implementação das actividades de MQ a nível da província. O comité confere suporte técnico para

a tomada de decisões em relação a aspectos relativos a Directriz de MQHIV e seu processo de implementação a nível da província. O Comité Provincial é orientado pelo Médico Chefe Provincial e coordenado pelo Supervisor Provincial do Programa de HIV e SIDA, apoiado pelo Assessor Clínico Provincial. O comité reúne-se trimestralmente ou sempre que necessário.

#### *4.1.3.1. Ponto Focal Provincial de MQ*

A figura do Ponto Focal Provincial de MQ foi criada para apoiar de forma directa na implementação da Directriz de MQHIV a nível provincial.

A nível provincial, o Ponto Focal de MQ coordena a comunicação entre os diferentes intervenientes, incluindo outros programas ou componentes (PTV/SMI, Nutrição, Comunitário) e parceiros de implementação. Articula e coordena de forma particular com os distritos e US envolvidas, com vista a tornar possível a implementação do plano de actividades de MQ nas US. Participa e coordena a revisão e análise dos dados e relatórios das mesmas actividades.

As actividades do Ponto Focal Provincial de MQ podem ser exercidas pelo Supervisor/Gestor Provincial de HIV ou por outro técnico identificado para efeito e supervisionadas pelo Médico Chefe Provincial. Este elemento deve estabelecer comunicação regular com o PNC ITS-HIV-SIDA.

#### *4.1.4. Comité Distrital de Gestão dos Serviços Clínicos*

O Comité Distrital de Gestão dos Serviços Clínicos coordena a implementação das actividades dos programas de saúde incluindo a implementação das actividades de MQ a nível do distrito. O comité distrital é liderado pelo Médico Chefe Distrital e coordenado pelo Ponto focal do Programa de HIV e SIDA a nível do distrito.

##### *4.1.4.1. Ponto Focal Distrital de MQ*

Os termos de referencia do Ponto Focal Distrital de MQ foram o desenvolvidos de modo a que estejam focados no apoio directo a implementação da Directriz

de MQHIV a nível distrital. Este coordena a comunicação entre os diferentes intervenientes, incluindo os vários programas ou componentes (PTV/SMI, Nutrição, Comunitário) e parceiros de implementação. Articula e coordena de forma particular com as US envolvidas, com vista a tornar possível a implementação do plano de actividades de MQ nas US. Participa e coordena a revisão e análise dos dados e relatórios das mesmas actividades.

As actividades do Ponto Focal Distrital de MQ podem ser exercidas pelo Ponto Focal Distrital de HIV ou por outro técnico identificado para efeito, e supervisionadas pelo Médico Chefe Distrital. Este elemento deve estabelecer comunicação regular com Ponto Focal Provincial de MQ.

#### *4.1.5. Comité de Gestão dos Serviços Clínicos da US*

O Comité de Gestão dos Serviços Clínicos da US coordena a implementação das actividades relativas ao programa de HIV incluindo a implementação das actividades de MQ a nível da US. O comité da US é liderado pelo Director da mesma e coordenado pelo Ponto focal do Programa de HIV e SIDA a nível da US.

## **4.2. Modalidades de implementação da abordagem MQHIV**

A abordagem de MQHIV será introduzida de forma gradual no país, apresentando-se como uma oportunidade para que nas US que ainda não se esteja a implementar efectivamente a abordagem, possa ser iniciado o estabelecimento de alguns princípios básicos da metodologia de MQ. É neste contexto que a implementação dos elementos da abordagem descritos acima Secção 3. A abordagem de MQHIV será feita em duas modalidades: (1) abordagem completa e (2) abordagem simplificada.

#### *4.2.1. Abordagem MQHIV Completa*

É um conjunto de actividades sistemáticas de MQ dos cuidados e tratamento para HIV, com ciclos de seis meses, baseadas nos protocolos nacionais de cuidados e tratamento para HIV e SIDA que compreendem, dentre outras etapas, uma avaliação inicial e outra final de TODOS os indicadores da Diretriz de MQHIV. Esta abordagem será implementada em US com grande volume de pacientes em TARV (> 500 pacientes).

#### *4.2.2. Abordagem MQHIV Simplificada*

É um conjunto de actividades sistemáticas de MQ dos cuidados e tratamento para HIV, com ciclos de seis meses, baseadas nos protocolos nacionais de cuidados e tratamento para HIV e SIDA que compreendem, dentre outras etapas, uma avaliação inicial e outra final de DOIS (2) indicadores da Diretriz de MQHIV definidos pelo nível Central (PNC ITS-HIV/SIDA). Esta abordagem será implementada em US com menor volume de pacientes em TARV (<500 pacientes) e/ou em US que estejam em processo de preparação para implementação da abordagem completa.

### **4.3. Critérios de Inclusão de US**

A expansão da abordagem de MQHIV para as US será feita de forma gradual e para as US com as seguintes características:

#### *4.3.1. Abordagem MQHIV Completa*

- US a prover serviços de TARV > 1 ano;
- US com >500 pacientes em TARV;
- Todas as sedes distritais e hospitais rurais.

### 4.3.2. Abordagem MQHIV Simplificada

- US a prover serviços de TARV > 1 ano
- US periféricas com <500 pacientes em TARV

## 4.4. Formação na Abordagem de MQHIV

A equipa de formadores provinciais poderá incluir o pessoal do nível provincial, distrital e parceiros da província, de modo a facilitar as réplicas distritais. Em cada província, são recomendadas a realização de réplicas regionais com a participação de distritos e US circunvizinhos (Veja o Manual de Procedimentos da Directriz Nacional de MQHIV, Versão 1).

## 4.5. Facilitadores da Implementação da Abordagem de MQHIV

São recomendados os seguintes aspectos considerados facilitadores para implementação efectiva da abordagem de MQHIV:

- Realizar uma limpeza e organização do arquivo de processos clínicos da US antes da recolha de dados usando como referência o Guião de Arquivo para os Cuidados e Tratamento de HIV-SIDA (13).
- Realizar uma avaliação da qualidade dos dados do Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes (SESP) caso este esteja disponível na US, de modo a determinar os níveis de concordância em relação as fontes primárias (veja secção 6 - Monitoria e Avaliação).
- Imprimir atempadamente os instrumentos de recolha de dados, incluindo as fichas de recolha manual de dados, o Manual de procedimentos da Directriz de MQHIV que inclui as definições dos padrões e indicadores.
- É crucial a existência de um computador funcional para a digitação e compilação dos dados, redacção do plano de acção e de outros instrumentos da abordagem de MQHIV. Caso a US não tenha um computador, o nível distrital deverá disponibilizá-lo para esta actividade.

## 4.6. Responsabilidades na Implementação

Para atingir os objectivos da Directriz Nacional de MQHIV, a liderança dos gestores das US, distritos, províncias e a nível central será determinante para o acometimento de todos os intervenientes na execução atempada das suas responsabilidades em conformidade com o seu nível de acção. Tarefas e responsabilidades na implementação da Directriz foram delineadas e são apresentadas abaixo:

### 4.6.1. Responsabilidades do nível Central

- Elaborar e garantir a implementação do plano anual de actividades de MQ.
- Assegurar a criação das estruturas provinciais para implementação da Directriz Nacional de MQHIV, verificação da sua funcionalidade através de relatórios de implementação e de visitas de apoio técnico e observação directa das mesmas.
- Apoiar a realização das formações de formadores
- Definir os períodos de revisão para avaliação dos padrões de cuidados e tratamento para HIV e que serão usados nas avaliações da qualidade do desempenho clínico a nível da US
- Produzir relatórios nacionais sobre a qualidade dos cuidados e tratamento para HIV com base nos dados que serão produzidos nas províncias
- Analisar os dados nacionais de qualidade e fornecer retro-informação às províncias
- Usar os resultados dos indicadores chave para determinar o progresso da qualidade
- Usar os dados para programar actividades de apoio às actividades de melhoria de qualidade nas províncias
- Estabelecer as prioridades nacionais de qualidade com base nos resultados dos indicadores
- Realizar a revisão periódica da Directriz e seus instrumentos

- Dedicar e orientar os recursos para a logística das actividades de MQ de acordo com as necessidades provinciais
- Criar espaços para troca de experiência a nível nacional, incluindo a realização de uma reunião anual de MQ e apresentação de informação relativa na página de internet do MISAU
- Em coordenação com as províncias, avaliar e reconhecer as US com o desempenho em harmonia com os padrões de qualidade e em coordenação com as províncias.

#### *4.6.2. Responsabilidades do nível provincial*

- Criar o comité de gestão de serviços clínicos provincial e implementar os termos de referência do ponto focal de MQ provincial
- Priorizar as actividades de MQ no plano Provincial de actividades
- Coordenar as actividades de MQ com todos os intervenientes chave
- Definir as US que irão participar do ciclo de MQ e comunicar o nível central
- Elaborar o plano de formação em serviço para as novas US que implementam a abordagem de MQHIV
- Planificar as necessidades em recursos materiais e logísticos para implementação das diferentes fases do ciclo
- Calendarizar a actividade de recolha de dados de linha de base e plano de apoio aos distritos/US envolvidas
- Calendarizar a fase de avaliação e planificação a nível da US e desenvolver o plano de apoio aos distritos/US envolvidas
- Integrar a avaliação intermédia/monitoria aos 3 meses de implementação dos planos de melhoria nas actividades de supervisão da DPS aos distritos
- Utilizar os encontros do Comité de gestão dos serviços clínicos para discutir o processo de implementação, avaliar os resultados e ajustar o plano de apoio
- Organizar o encontro de troca de experiência entre as US da província envolvidas na abordagem de MQHIV.

#### *4.6.3. Responsabilidades do nível Distrital*

- Criar o comité de gestão de serviços clínicos e do ponto focal de qualidade
- Priorizar as actividades de MQ no plano Distrital
- Identificar as responsabilidades e nível de participação na implementação do ciclo de MQ
- Identificar as pessoas que irão participar na formação e assegurar que as réplicas a nível da US sejam realizadas para todo o pessoal
- Durante as diferentes fases de implementação, planificar para assegurar a presença do pessoal das US para uma maior produtividade e continuidade das actividades de MQ.

#### *4.6.4. Responsabilidades do nível da US*

É a este nível que decorrem as actividades directas de cuidados e tratamento dos pacientes e onde serão medidos os progressos e efeito de todas as actividades de MQ:

- Criar o comité de gestão de serviços clínicos
- Priorizar as actividades de MQ no plano de trabalho da US
- Implementar as actividades de MQ com todos seus elementos acima definidos
- Coordenar as actividades de MQ com os níveis distrital e provincial
- Produzir o relatório de actividades

#### *4.6.5. Responsabilidade dos Parceiros Clínicos*

##### **A nível Central**

- Através da sua participação no Grupo Técnico de MQ do PNC ITSHIV/SIDA descrito acima, apoiar a implementação e seguimento do plano anual de actividades de MQHIV
- Prover retro-informação ao grupo técnico sobre a implementação das actividades nas diferentes províncias em que realizam as suas actividades de apoio técnico directo às actividades de MQHIV.
- Apoiar no estabelecimento das prioridades nacionais de qualidade com base nos resultados dos indicadores e sua experiência directa na implementação a nível das províncias
- Apoiar a revisão da Directriz e seus instrumentos.

##### **A nível provincial, distrital e US**

- Prover apoio técnico, logístico e material para a implementação da Directriz de MQHIV aos 3 níveis, de acordo com os seus termos de referência
- Participar dos comités de gestão de serviços clínicos aos diferentes níveis
- Apoiar na planificação das supervisões integradas de avaliação do progresso de implementação das actividades de MQ
- Garantir a formação de seus quadros na abordagem de MQHIV
- Apoiar na expansão da rede electrónica de sistemas de seguimento de pacientes
- Realizar regularmente (mínimo de 6/6 meses) avaliações da qualidade de dados do SESP
- Apoiar na planificação e realização de seminários e reuniões a nível Nacional/provincial/distrital.

## 5. MONITORIA E AVALIAÇÃO

---

### 5.1. Medidas de Desempenho Validadas

Com base nos padrões de cuidados e tratamento para HIV recomendados nos manuais e nos guiões oficiais do MISAU, foram definidos e testados mais de cinquenta (50) indicadores, os quais encontram-se distribuídos por vinte (20) categorias ou áreas (veja em anexo 1: Padrão e definição de indicadores de MQHIV).

### 5.2. Instrumentos e Procedimentos Padronizados para a Avaliação do Desempenho Clínico

A recolha de dados será realizada por procedimentos electrónicos e manuais. A escolha de um ou de outro procedimento será fundamentada (a) pela disponibilidade do Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes (SESP: versão ACCESS ou OPEN MRS) e (b) do nível de concordância mínimo definido pelo MISAU.

A monitoria e avaliação da Directriz de MQHIV contempla uma plataforma de agregação de dados através do software DHIS2, uma plataforma em rede que vai viabilizar o fluxo de dados entre a base (unidade sanitária) e o topo (nível central), contemplando os níveis intermédios (Distrital e Provincial) com a segurança necessária. Importa referir que esta plataforma de agregação de dados está integrada ao Sistema de Informação em Saúde para Monitoria e Avaliação (SIS-MA) do MISAU, facilitando o reporte das actividades de MQHIV.

### **5.3. Sistemas Electrónicos de Seguimento de Pacientes e Sua Relevância na Implementação da Directriz de MQHIV**

Para realizar análises do desempenho da qualidade assistencial que possam produzir afirmações mais categóricas e passíveis de comparações mais robustas entre US com características similares, a Directriz de MQHIV reforça a necessidade das US abrangidas em cada ciclo de MQ colherem dados dos indicadores através do SESP. Por outro lado, o uso dos SESP pretende facilitar o processo de recolha de dados nas US que dele dispõem, visto que aquando do piloto da abordagem de MQ, a recolha manual de dados foi considerada uma barreira pelo facto de levar muito tempo.

Assim, as US devem assegurar que os sistemas electrónicos tenham níveis mínimos de concordância de dados entre a fonte primária e o SESP, fixados pelo nível central para cada ciclo de MQ.

As US que na linha de base colherem dados dos indicadores através do SESP deverão implementar acções de forma a manter os seus níveis aceitáveis de concordância de dados para as avaliações intermédia (aos três meses após implementação do plano de acção de melhoria da qualidade) e final do ciclo (aos seis meses após implementação do plano de acção de melhoria da qualidade).

Por seu turno, US que enfrentarem limitações no uso do SESP para a recolha de dados de base, impostas pelo nível mínimo de concordância exigido, irão proceder a recolha de dados de todos os indicadores através de sistemas manuais existentes (livros de registo, processo clínico e fichas de seguimento de pacientes). Todavia, acções correctivas devem ser programadas e implementadas de forma que possam permutar a qualquer momento do ciclo de MQ para a recolha de dados via SESP.

## 5.4. Plano de Análise de Dados

A qualidade do desempenho clínico das US será avaliada em três (3) momentos, nomeadamente:

**Avaliação inicial** com objectivos de (a) medir o desempenho assistencial antes das intervenções para a melhoria da qualidade (linha de base) e (b) ligado ao primeiro com o objectivo de facilitar a priorização das áreas ou categorias a constar nos planos de acção para melhoria do desempenho;

**Avaliação intermédia** (3 meses após implementação do plano de acção) com objectivos de (a) avaliar as flutuações dos indicadores das categorias específicas, contidas no plano de acção e (b) monitorar a implementação das acções de MQ;

**Avaliação final** (6 meses após implementação do plano de acção) na qual, à semelhança da avaliação inicial, (a) todos os indicadores serão colhidos para medir a flutuação dos mesmos entre a linha de base e seis meses após implementações das acções de MQ. A avaliação final irá também (b) possibilitar que a US planifique e implemente ciclos seguintes de MQ, pois os dados desta avaliação servirão de linha de base para início do ciclo seguinte.

Triangulações de dados colhidos serão realizadas nas avaliações intermédia e do final do ciclo para relacionar as flutuações dos indicadores e as acções de MQ documentadas nos planos de acção e implementadas pela US.

## 6. PESQUISA EM MQ

---

A componente de pesquisa é integral à abordagem de MQHIV. Do ponto de vista operacional, já foram identificadas algumas áreas em que maior investigação poderá permitir a melhoria de procedimentos da própria abordagem de MQHIV, como por exemplo, o desenvolvimento da plataforma de envolvimento de pacientes e suas comunidades. Pretende-se que paralelamente à implementação da Directriz de MQHIV, sejam realizados estudos quantitativos e qualitativos com o objectivo de avaliar aspectos fundamentais da nova intervenção incluindo a eficácia, aceitabilidade, acessibilidade, equidade e relevância.

## 7. REFERÊNCIAS

---

1. HIV treatment as prevention--it works. *Lancet*. 2011; 377(9779): 1719.
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
3. Cohen MS, Hellmann N, Levy JA, DeCock K, Lange J. The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic. *J Clin Invest*. 2008;118(4):1244-1254.
4. Kahn JG, Marseille EA, Bennett R, Williams BG, Granich R. Costeffectiveness of antiretroviral therapy for prevention. *Curr HIV Res*. 2011;9(6):405-415.
5. Burns DN, Dieffenbach CW, Vermund SH. Rethinking prevention of HIV type 1 infection. *Clin Infect Dis*. 2010;51(6):725-731.
6. Ministério da Saúde. Relatório Anual das actividades relacionadas ao HIV/SIDA 2014. Maputo. 2015.
7. Ministério da Saúde. Relatório Anual das actividades relacionadas ao HIV/SIDA 2012. Maputo. 2013.
8. Deming WE. *Out of the Crisis*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1982.
9. Shewhart W. *Statistical Method from the viewpoint of Quality Control*. Mineola, NY: Dover; 1986.
10. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission journal on quality improvement*. 1993;19(10):424-447; discussion 448-452.
11. Ministério da Saúde. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente e Grávida*. Maputo. 2014.
12. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality. *Clinical nuclear medicine*. 2015;40(8):660-662.



ANEXOS

The image features a dark blue background with the word "ANEXOS" centered in white, uppercase, sans-serif font. The bottom portion of the image is composed of several overlapping diagonal stripes in various shades of blue and white, creating a dynamic, layered effect.

## ANEXO 1:

### Padrão e definição de indicadores de MQHIV Indicadores para cuidados e tratamento pediátricos

Categoria	Padrões	Codg.	Indicador
<u>Disponibilidade do processo</u>	Todos os processos de pacientes infectados devem estar disponíveis na unidade sanitária	P_DPC.01	% de processos de crianças HIV+ disponíveis na US
<u>Preenchimento do processo clínico</u>	Todos os processos de pacientes infectados devem ter os dados pessoais e clínicos preenchidos na primeira consulta	P_PPC.02	% de crianças com todos os dados pessoais e demográficos registados no processo clínico
		P_PPC.3	% de crianças infectadas com a história de PTV e de diagnóstico apropriado para a idade preenchidas na primeira consulta
<u>Consultas clínicas</u>	Todos os pacientes novos inscritos devem ter uma primeira consulta (triagem ou médica) no mesmo dia (data) da inscrição	P_CC.04	% de crianças novas inscritas na US que tiveram a primeira consulta clínica no mesmo dia (data)
	Todos os pacientes em TARV devem ter pelo menos uma consulta registada em cada mês do primeiro ano de TARV	P_CC.05	% de crianças em TARV com registo de consultas mensais no primeiro ano de TARV
<u>Estadio OMS</u>	Todos os pacientes HIV+ devem ser estadiados (estadio OMS) em todas as consultas clínicas	P_EOMS.06	% de crianças HIV+ em pré-TARV e em TARV com estadiamento OMS registado em todas as consultas clínicas
<u>Avaliação antropométrica</u>	Todos os pacientes devem ter a avaliação antropométrica feita e registada em todas as consultas clínicas	P_AA.07	% de crianças com P/E (<5 anos) ou IMC/idade (>=5 anos) calculados e registados em todas as consultas clínicas
<u>Tratamento de Desnutrição</u>	Todos os pacientes HIV+ com desnutrição aguda (grave ou moderada) devem receber tratamento ou suplementação nutricional	P_AA.08	% de crianças com Desnutrição Aguda Moderada (DAM) ou Desnutrição Aguda Grave (DAG) com registo de prescrição de suplementação ou tratamento nutricional

<u>CTZ</u>	Todos os pacientes elegíveis para o cotrimoxazol devem receber o cotrimoxazol	P_CTZ.09	% de crianças elegíveis para cotrimoxazol que estão a receber cotrimoxazol
<u>Laboratório</u>	Todos os pacientes devem ter acesso aos exames laboratoriais de acordo com as normas nacionais	P_LAB.10	% de crianças com CD4 registado dentro de 15 dias após a inscrição
		P_LAB.11	% de crianças em pré-TARV & TARV com resultado de CD4 feito a cada 6 meses
<u>Terapia ARV</u>	Todos os pacientes elegíveis ao TARV devem iniciar o TARV depois de confirmada a elegibilidade	P_TARV.11	% de crianças infectadas <5 anos que iniciaram o TARV
		P_TARV.12	% de crianças infectadas que iniciaram o TARV dentro de duas semanas de registo da elegibilidade
	Todos os pacientes em TARV devem ter regime/ dosagem terapêutico correcto (de acordo com o protocolo nacional)	P_TARV.13	% de crianças com dosagem de TARV adequada ao peso na última consulta clínica
	Todos os pacientes em TARV devem permanecer em TARV durante toda a vida	P_TARV.14	% de crianças que iniciaram o TARV e que se mantêm em TARV
<u>TB/HIV</u>	Todos os pacientes devem ser rastreados para a TB em todas as consultas clínicas	P_TB/HIV.15	% de crianças com rastreio de TB em todas as consultas clínicas
	Todas as crianças coinfectadas TB/HIV devem completar o tratamento específico da Tuberculose	P_TB/HIV.16	% de crianças coinfectadas TB/HIV que completaram tratamento da TB
	Todos os pacientes coinfectados TB/HIV devem iniciar o TARV	P_TB/HIV.17	% de crianças coinfectadas TB/HIV que iniciaram o TARV dentro de 8 semanas após o início de tratamento para TB
	Todos os pacientes sem TB activa e elegíveis devem receber TPI	P_TB/HIV.18	% de crianças HIV+ elegíveis ao TPI que iniciaram TPI e que completaram TPI segundo as normas nacionais

## Indicadores para cuidados e tratamento de Adultos

Categoria	Padrões	Codg.	Indicador
<u>Disponibilidade do processo clínico</u>	Todos os processos de pacientes HIV+ inscritos devem estar disponíveis na unidade sanitária	A_PC01	% de processos de adultos HIV+ disponíveis na US
<u>Consultas clínicas</u>	Todos os pacientes novos inscritos devem ter uma primeira consulta (triagem ou médica) no mesmo dia da inscrição	A_CC.02	% de pacientes novos inscritos na US que tiveram a primeira consulta no mesmo dia (data) da inscrição
<u>Consultas clínicas</u>	Todos os pacientes pré-TARV e TARV devem ter um mínimo de 3 consultas clínicas nos primeiros 6 meses desde a inscrição ou início do TARV	A_CC.03	% de adultos em pré-TARV que tiveram no mínimo 3 consultas nos primeiros 6 meses após inscrição
		A_CC.04	% de adultos em TARV que tiveram no mínimo 3 consultas nos primeiros 6 meses após início do TARV
<u>Estadio OMS</u>	Todos os pacientes HIV+ devem ser estadiados (Estadio OMS) em todas as consultas clínicas	A_EOMS.04	% de adultos em pré-TARV e TARV com estadiamento OMS registado em todas as consultas clínicas
<u>Avaliação antropométrica</u>	Todos os pacientes HIV+ devem ter o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado em todas as consultas clínicas	A_AA.05	% de adultos em pré-TARV e TARV com IMC (calculado com base no peso e altura actual) registado em todas as consultas clínicas
<u>Rastreio ITS</u>	Todos os pacientes têm que ser rastreados para infecções de Transmissão sexual (ITS) em todas as consultas clínicas	A_ITS.06	% de adultos em pré-TARV e TARV que fizeram o rastreio de ITS em todas as consultas clínicas
<u>CTZ</u>	Todos os pacientes elegíveis para o cotrimoxazol devem receber o cotrimoxazol	A_CTZ.07	% adultos HIV+ elegíveis para cotrimoxazol que estão a receber cotrimoxazol
<u>Laboratório</u>	Todos os pacientes devem ter acesso aos exames laboratoriais de acordo com as normas nacionais	A_LAB.08	% de adultos HIV+ com CD4 registado dentro de 15 dias após a inscrição

<u>Laboratório</u>	Todos os pacientes devem ter acesso aos exames laboratoriais de acordo com as normas nacionais	A_LAB.09	% de adultos em pré-TARV & TARV com resultado de CD4 feito a cada 6 meses
<u>Terapia ARV</u>	Todos os pacientes elegíveis ao TARV devem iniciar o TARV depois de confirmada a elegibilidade	A_TARV.10	% de adultos elegíveis ao TARV que iniciaram o TARV dentro de 30 dias após serem declarados elegíveis
	Todos os pacientes em falência terapêutica à primeira linha, devem iniciar tratamento de segunda linha	A_TARV.11	% de adultos elegíveis à segunda linha que se encontram a fazer a segunda linha
	Todos os pacientes em TARV devem permanecer em TARV durante toda a vida	A_TARV.12	% de adultos HIV+ que iniciaram o TARV e que se mantêm em TARV
<u>TB/HIV</u>	Todos os pacientes devem ser rastreados para a TB em todas as consultas clínicas	A_TB/HIV.13	% de adultos HIV+ rastreados para TB em todas as consultas clínicas
	Todos os pacientes com TB devem completar o tratamento	A_TB/HIV.14	% de adultos co-infectados HIV/TB que completaram o tratamento de TB
	Todos os pacientes co-infectados TB/HIV devem iniciar o TARV	A_TB/HIV.15	% de adultos co-infectados TB/HIV que iniciaram TARV dentro de 8 semanas após início de tratamento para TB
	Todos os pacientes sem TB activa e elegíveis devem receber TPI	A_TB/HIV.16	% de adultos HIV+ elegíveis ao TPI que iniciaram TPI e que completaram TPI segundo as normas nacionais

## Indicadores sobre a prevenção da transmissão vertical (PTV)

Categoria	Padrões	Codg.	Indicador
CPN			
<u>Testagem para HIV na SMI</u>	Todas as mulheres grávidas devem ter o seu seroestado para HIV conhecido durante a CPN	PTV.01	% de mulheres grávidas com seroestado para HIV conhecido na primeira consulta pré-natal (CPN)
		PTV.02	% de mulheres grávidas negativas retestadas para o HIV na CPN
<u>TB/HIV</u>	Todas as mulheres grávidas HIV+ devem ser rastreadas para a TB em todas as consultas clínicas	PTV.03	% de mulheres grávidas HIV+ que foram rastreadas para a TB em todas as consultas
	Todas as mulheres grávidas HIV+ elegíveis devem iniciar profilaxia com isoniazida (INH)	PTV.04	% de mulheres grávidas HIV+ elegíveis que iniciaram profilaxia com isoniazida (INH)
<u>Avaliação nutricional</u>	Todas as mulheres grávidas HIV+ devem ter avaliação nutricional em todas as consultas	PTV.05	% de mulheres grávidas HIV+ com avaliação nutricional feita em todas as consultas
<u>Tratamento para desnutrição</u>	Todas as mulheres grávidas HIV+ desnutridas devem receber apoio nutricional adequado	PTV.06	% de mulheres grávidas HIV+ com desnutrição aguda a receber suplementação nutricional
<u>TARV</u>	Todas as mulheres grávidas HIV+ devem iniciar o TARV	PTV.07	% de mulheres grávidas HIV+ em TARV na CPN
<u>Retenção em TARV</u>	Todas as mulheres grávidas HIV+ que iniciaram o TARV devem continuar em TARV durante toda a vida	PTV.08	% de mulheres grávidas que iniciaram o TARV e que se mantêm em TARV

Período Pós Parto (CPP/CPF/CCR)			
Crianças Expostas			
<u>Testagem para HIV na CCR</u>	Todas as crianças expostas ao HIV devem ter diagnóstico atempado	PTV.09	% de crianças expostas ao HIV (CE) inscritas na CCR a colher PCR DNA para HIV entre 4-8 semanas de vida
		PTV.10	% de resultados de PCR que chegaram com menos de 28 dias após a colheita
		PTV.11	% de resultados de PCR positivos que foram entregues ao cuidador
<u>Avaliação nutricional</u>	Todas as crianças expostas ao HIV devem ser avaliadas para a desnutrição	PTV.12	% de CE com avaliação nutricional em todas as consultas
<u>Tratamento para Desnutrição</u>	Toda a criança exposta desnutrida deve receber suplementação/tratamento nutricional	PTV.13	% de CE elegíveis que receberam suplementação/reabilitação nutricional
	Toda a criança exposta deve ser protegida com antiretrovirais para reduzir o risco de transmissão vertical	PTV.14	% de crianças em aleitamento materno que a mãe ou a criança receberam ARV para protecção da transmissão durante o aleitamento
<u>Início atempado de TARV</u>	Toda a criança exposta com confirmação do diagnóstico positivo para HIV deve iniciar TARV	PTV.15	% de crianças com PCR positivo para HIV que iniciaram TARV dentro de 2 semanas após a chegada do resultado
Mulher Lactante (CPP)			
<u>Testagem para HIV na SMI</u>	Toda a mulher lactante deve ter o seu seroestado para HIV conhecido na primeira consulta pós-parto	PTV.16	% de mulheres lactantes (CPP) com seroestado para HIV conhecido na 1ª CPP

<u>TB/HIV</u>	Todas as mulheres lactantes HIV+ devem ser rastreadas para TB em todas consultas	PTV.17	% de mulheres lactantes (CPP) HIV+ que foram rastreadas para TB em todas as consultas
	Todas as mulheres lactantes HIV+ elegíveis devem iniciar profilaxia com isoniazida (INH)	PTV.18	% de mulheres lactantes HIV+ elegíveis que iniciaram profilaxia com isoniazida (INH)
<u>Avaliação nutricional</u>	Toda a mulher lactante HIV + deve ter avaliação nutricional documentada a cada visita	PTV.19	% de mulheres lactantes HIV+ com avaliação nutricional feita em todas as consultas
<u>Tratamento de desnutrição</u>	Toda a mulher grávida HIV+ desnutrida deve receber apoio nutricional adequado	PTV.20	% de mulheres lactantes HIV+ com desnutrição aguda a receber suplementação nutricional
<u>Laboratório</u>	Toda a mulher lactante deve ter um resultado de CD4 a cada 6 meses	PTV.21	% de mulheres lactantes HIV + com resultado de CD4 feito a cada 6 meses
<u>Retenção em TARV</u>	Todas as mulheres lactantes HIV+ devem estar em TARV	PTV.22	% de mulheres lactantes HIV+ em TARV na CCR





COOPERACION E ASISTENCIA  
AMERICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA  
**PEPFAR**