

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina da USP
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANA MAROSO ALVES

**Avaliação da organização dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam
pessoas vivendo com HIV no Brasil: análise do inquérito Qualiaids
2016/2017**

São Paulo

2022

Ana Maroso Alves

**Avaliação da organização dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam
pessoas vivendo com HIV no Brasil: análise do inquérito Qualiaids
2016/2017**

Tese apresentada à faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Associada Maria Ines B. Nemes

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Alves, Ana Maroso

Avaliação da organização dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam pessoas vivendo com HIV no Brasil : análise do inquérito Qualiaids 2016/2017 / Ana Maroso Alves. -- São Paulo, 2022.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Ines Baptistella Nemes.

Descritores: 1.Avaliação em saúde 2.Pesquisa sobre serviços de saúde
3.Assistência ambulatorial 4.Avaliação de processos em cuidados de saúde
5.Síndrome de imunodeficiência adquirida 6.Sistema único de saúde
7.Dados de saúde coletados rotineiramente 8.Pesquisa sobre serviços de
saúde 9.Cobertura de serviços privados de saúde 10.Cobertura de serviços
públicos de saúde.

USP/FM/DBD-298/2022

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Agradecimento

À professora Maria Ines pela orientação cuidadosa, carinhosa e cheia de paciência, e também pela amizade cultivada ao longo desses anos.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, testes e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Index in IndexMedicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE QUADROS	
RESUMO	
ABSTRACT	
PARTE I.....	1
Apresentação	1
1. Introdução e justificativa	3
2. Objetivos	15
3. Método	16
3.1 População.....	16
3.2 Fontes, tratamento e análise de dados segundo objetivos específicos	16
3.3 Software utilizado	33
3.4 Aspectos éticos.....	34
PARTE II.....	35
4. Resultados	35
4.1 Tipologia administrativa e assistencial dos serviços respondentes ao inquérito Qualiaids.	35
4.2 Perfil do acompanhamento das pessoas com infecção por HIV no Brasil.....	62
4.3 Os novos serviços	66
PARTE III.....	82
5. Discussão.....	82
6. Conclusões.....	88
7. Continuidade da linha de pesquisa Qualiaids.....	92
8. Anexos	94
9. Referências	144

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cascata do cuidado contínuo do HIV no Brasil, 2017.....	8
Figura 2 - Tela do relatório do desempenho do serviço, na área de acesso exclusiva de cada respondente, Qualiaids 2016/17.....	19
Figura 3 - Fluxograma do relacionamento probabilístico entre as bases de dados da tuberculose (TB) e do HIV/aids. Brasil, 2019.....	24
Figura 4 - Fontes de dados e processo de construção da base de Coorte Qualiaids-BR, Brasil, 2021	25
Figura 5 - Esquema da definição da população geral do estudo – Coorte Qualiaids, Brasil, 2021.....	26
Figura 6 - Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Assistência direta aos pacientes’ e nos seis subdomínios componentes Qualiaids, 2016/17. (N=1041).....	59
Figura 7 - Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Gerência da assistência’ e nos três subdomínios componentes. Qualiaids, 2016/17. (N=1041).....	60
Figura 8 - Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Disponibilidade de recursos’ e nos cinco subdomínios componentes. Qualiaids, 2016/17. (N=1041).....	61
Figura 9 - Distribuição das pessoas com 15 anos ou mais que iniciaram TARV entre 2015 e 2018, segundo tipo de sistema onde recebem assistência para o HIV. Coorte Qualiaids-BR 2021.....	63
Figura 10 - Linha do tempo da expansão da rede de serviços que prestam assistência em HIV, realização dos inquéritos Qualiaids e publicações sobre o diagnóstico e cuidado às pessoas que vivem com HIV nos serviços de Atenção Básica.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição entre regiões e estados dos serviços cadastrados e serviços que participaram do inquérito Qualiaids 2016/17. N=1063 (Qualiaids, 2016/17).....	36
Tabela 2 - Distribuição proporcional dos serviços que acompanham PVHIV por tamanho de município, número de pacientes e tipo de unidade de saúde. Qualiaids, Brasil - 2016/17. (N = 1041).....	38
Tabela 3 - Média do indicador de ‘Capacidade de diversificar a oferta de atendimento’ segundo número de pessoas atendidas no serviço. Qualiaids, Brasil - 2016/17. (N = 1041).....	39

Tabela 4 - Respostas selecionadas do domínio 'Assistência direta ao paciente' (subdomínios: 'Assistência de enfermagem'; 'Assistência dos demais profissionais da equipe multiprofissional'; 'Assistência médica, promoção e monitoramento da vinculação, retenção e adesão ao tratamento' e 'Seguimento de protocolos e normas operacionais'). Qualiaids, Brasil - 2016/17. N=1041.....	43
Tabela 5 - Respostas selecionadas do domínio 'Gerência da assistência' (subdomínios: 'Fluxogramas assistenciais locais, comunicação e organização da equipe multiprofissional'; 'Monitoramento e avaliação da qualidade'; 'Referenciamento e integração com a rede de serviços, usuários e comunidade'). Qualiaids, Brasil - 2016/17. (N=1041).....	48
Tabela 6 - Respostas selecionadas do domínio 'Disponibilidade de recursos' (subdomínios: 'Disponibilidade de profissionais'; 'Disponibilidade de exames, medicamentos e insumos'). Qualiaids, Brasil - 2016/17. (N=1041).....	50
Tabela 7 - Desempenho dos serviços para conjunto dos 187 indicadores de qualidade da avaliação Qualiaids, agrupados segundo os domínios de 'Disponibilidade de recursos', 'Assistência direta ao paciente' e 'Gerência da assistência'. Qualiaids, Brasil - 2016/17. (N=1041).....	54
Tabela 8 - Distribuição dos diferentes tipos de serviços do SUS que fazem acompanhamento para o HIV segundo número de pessoas maiores de 15 anos que iniciaram TARV entre 2015 e 2018. Coorte Qualiaids-BR, 2021.....	66
Tabela 9 - Número total de serviços em 2017, número de serviços cadastrados em 2010 e 2017, e aumento proporcional de serviços no período. (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	71
Tabela 10 - Regiões, estados e tipo de serviço segundo expansão dos serviços que tratam infecção pelo HIV em municípios que não tinham serviços. N=107, (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	74
Tabela 11 - População dos municípios onde não havia serviços de tratamento para infecção por HIV e que implantaram serviços a partir de 2010. N=107, (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	75
Tabela 12 - Regiões, estados e municípios, tipo de serviço segundo expansão dos serviços que tratam infecção pelo HIV em municípios onde havia rede instalada. N=17, (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	76
Tabela 13 - Número de pessoas em acompanhamento, segundo resposta ao inquérito Qualiaids e número de pessoas que iniciaram TARV. N=349. (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	79

Tabela 14 - Proporção dos serviços de atenção básica (AB) e ambulatoriais (Amb) implantados a partir de 2010, segundo indicadores que compõe a 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' N=349. (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	81
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistemas Nacionais de Informação em Saúde relacionados com a infecção pelo HIV. Brasil, 2022.....	6
Quadro 2 - Exemplos de scores: padrão esperado. Questionário Qualiaids 2016/17.....	17
Quadro 3 - Total de indicadores por domínios e subdomínios do questionário Qualiaids. (Qualiaids, 2016/17).....	20
Quadro 4 - Indicadores que compõe a 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento'. (Qualiaids, 2016/17).....	22
Quadro 5 - Classificação dos tipos de serviços a partir de termos presentes no nome do serviço. Coorte Qualiaids-BR, 2021.....	31
Quadro 6 - Frequência dos indicadores que compõe a 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' dos serviços implantados a partir de 2010, N=349. (Qualiaids, 2016/17 e coorte Qualiaids-BR 2021).....	80

RESUMO

Alves AM. *Avaliação da organização dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam pessoas vivendo com HIV no Brasil: análise do inquérito Qualiaids 2016/2017* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Este estudo analisa as características e configurações administrativas dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendem pessoas que vivem com HIV (PVHIV) e descreve a rede de serviços de assistência em HIV implantados no Brasil a partir de 2010. Também apresenta uma estimativa da proporção de pessoas em tratamento antirretroviral (TARV) para infecção por HIV que tem seu acompanhamento clínico laboratorial realizado predominantemente no SUS ou no sistema privado. Para realizar a descrição e análise das características dos serviços foram utilizados o banco de dados do inquérito Qualiaids, realizado entre 2016 e 2017, bem como o cadastro dos serviços que participaram da avaliação. O Questionário avalia a organização dos serviços do SUS que atendem PVHIV por meio de 187 indicadores de qualidade, divididos em três domínios: 'Assistência direta ao paciente', 'Gerência da assistência' e 'Disponibilidade de recursos'. Foi respondido por 1041 (98%) dos 1063 serviços cadastrados no Ministério da Saúde. Para estimar a proporção de pessoas em TARV no Brasil que são acompanhadas no SUS e no sistema privado, utilizou-se o banco de dados da Coorte Qualiaids-BR, que reúne dados clínicos e sociodemográficos das pessoas que iniciaram TARV no Brasil entre 2015 e 2018. O sistema de acompanhamento foi definido pelo número de exames de carga viral (CV) solicitados pelos serviços: (a) *acompanhamento no SUS* - dois ou mais registros de CV; (b) *acompanhamento no sistema privado* - nenhum registro de CV; (c) *acompanhamento indefinido* - um registro de exame de CV no período. No período de 2015-2018, 238.599 pessoas iniciaram TARV no Brasil, das quais 69% foram acompanhados no SUS e 22% no sistema privado. Tiveram sistema indefinido 9% pessoas. Entre os acompanhados no SUS, 94% estavam em serviços do tipo ambulatorio, 5% em serviços de atenção básica

(AB) e 1% no sistema prisional. A análise do questionário Qualiaids 2016/17 mostrou melhor desempenho do domínio de 'assistência direta ao paciente' (0,59) em relação à 'disponibilidade de recursos' (0,51) e 'gerência da assistência' (0,36). A partir de 2010 registrou-se um aumento de 473 serviços de assistência em HIV no Brasil, distribuídos em todas as regiões do país, porém com maior predominância dos serviços do tipo atenção básica (71%), distribuídos predominantemente em três capitais: Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis. O SUS, além de ser responsável pela distribuição universal de medicamentos antirretrovirais no Brasil, acompanha clinicamente a maioria delas. A rede de serviços que atende estas pessoas é bastante heterogênea, tanto em relação às características organizativas (porte, tipo de serviço e tipos de atendimentos oferecidos), quanto em relação à execução das atividades assistenciais e gerenciais. A partir de 2010 houve uma expansão da rede de serviços de AB que atende pessoas vivendo com HIV, registrada principalmente em capitais onde já havia rede de serviços. A expansão ocorreu em consonância com o estímulo do MS à descentralização do atendimento das PVHIV para a AB. Este estudo só foi possível porque o SUS mantém sistemas de informações de registro rotineiro, além da incorporação da prática avaliativa dos serviços de HIV, realizada desde os anos 2000.

Descritores: Avaliação em saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Assistência ambulatorial; Avaliação de processos em cuidados de saúde; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Sistema único de saúde; Dados de saúde coletados rotineiramente; Pesquisa sobre serviços de saúde; Cobertura de serviços privados de saúde; Cobertura de serviços públicos de saúde.

ABSTRACT

Alves AM. *An assessment of the organization of SUS outpatient facilities providing care to people living with HIV in Brazil: an analysis of the 2016/2017 Qualiaids survey* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2022.

This study analyzes the administrative characteristics and configurations of the Brazilian National Health System's (SUS) facilities providing care to people living with HIV (PLWH), and describes the network of HIV care facilities implemented in Brazil since 2010. The study also presents an estimate of the proportion of people under antiretroviral therapy (ART) for HIV infection who are provided clinical and laboratory treatment mainly by the SUS or by the private health care system. The description and analysis of the facilities' characteristics was based on data from the 2016-2017 Qualiaids assessment survey database, as well as from the records of the facilities that participated in the assessment. The Qualiaids Questionnaire assesses the organization of the SUS facilities providing care to PLWH through 187 quality indicators divided into three domains: direct patient care, care management, and resource availability. The Questionnaire was answered by 1041 (98%) of the 1063 facilities registered in the Ministry of Health. To estimate the proportion of people under ART in Brazil who receive care from the SUS and from the private system, we used the Qualiaids-BR Cohort database, which contains clinical and sociodemographic data on people who initiated ART in Brazil between 2015 and 2018. The care delivery system was defined by the number of viral load tests (VL) requested by the facilities: (a) *care delivery by the SUS* - 2 or more VL requests; (b) *care delivery by the private system* - no VL requests; (c) *undefined care delivery* - 1 VL request in the period. From 2015 to 2018, 238 599 people initiated ART in Brazil, 69% of whom were provided care by the SUS, while 22% by the private system. The number of people who fell into the undefined care delivery category account for 9%. From the patients monitored by the SUS, 94% received care in outpatient facilities, 5% in the primary care system, and 1% in the prison system. The analysis of the 2016-

2017 Qualiaids Questionnaire revealed that the direct patient care domain performed better (0.59) than the resource availability domain (0.51) and the care management domain (0.36). From 2010 onwards, there was an increase of 473 HIV care facilities in Brazil, distributed across all the country's regions. There is a prevalence, however, of primary health care facilities (71%), located mainly in three capitals: Rio de Janeiro, Curitiba, and Florianópolis. In addition to being responsible for the universal dispensation of ART medication in the country, the SUS provides clinical care to most HIV patients in Brazil. The network of facilities that serves these patients is quite heterogeneous, both from the viewpoint of their organizational characteristics (size, facility type, and type of care delivered) and from the viewpoint of the execution of care and managerial activities. Beginning in 2010, there was an expansion of the network of primary care facilities treating PLWH. This expansion took place primarily in capitals that already had a facility network, responding to the Ministry of Health's incentive to redirect HIV care delivery to the primary care system. Two factors have made this study possible: the information systems routinely updated by the SUS and the practice of assessing HIV care facilities since the 2000s.

Descriptors: Health evaluation; Health services research; Ambulatory care; Process assessment, health care; Acquired immunodeficiency syndrome; Unified health system; Routinely collected health data; Health services research; Private health care coverage; State health care coverage.

PARTE I

Apresentação

Este estudo se insere na Linha de Pesquisa Qualiaids do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da USP. Os projetos da linha, iniciada em 1998, têm por principal objeto a avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade dos serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial em HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Em 2011, durante minha graduação no curso de geografia da USP, participei de uma capacitação, organizada pela equipe da professora Maria Ines Battistella Nemes, para atuar como entrevistadora no projeto que ela coordenava àquela época: Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral – AVANT. Na pesquisa de campo, entrevistava pessoas vivendo com HIV (PVHIV), em uso de tratamento antirretroviral (TARV), em diversos serviços do SUS. Ao final do campo, recebi o convite para continuar no projeto e, atualmente, completo onze anos de trabalho como pesquisadora na equipe de pesquisa Qualiaids. Durante este período, cursei no Departamento de Medicina Preventiva a disciplina MPR0610 – Iniciação Científica em Medicina Preventiva: Saúde Coletiva II e, sob orientação da professora Maria Ines, apresentei o trabalho *Georreferenciamento dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV/aids*, pelo qual recebi bolsa PIBIC-CNPq. A seguir, escrevi minha monografia de final do curso de graduação “*A cartografia como instrumento de políticas públicas: a utilização de mapas na análise da implementação dos serviços do SUS que atendem pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil*”, tendo por base os resultados

do terceiro inquérito nacional do Questionário Qualiaids de avaliação da organização da assistência dos serviços de saúde ambulatoriais do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV.

Além do inquérito Qualiaids, participei de projetos correlatos da linha de pesquisa: o projeto *QualiRedeHIV*, na região de Bauru-SP, piloto do projeto *QualiRede* de desenvolvimento de metodologia de qualificação da rede de serviços de IST, HIV/aids e Hepatites Virais, em quatro regiões do estado de São Paulo e duas de Santa Catarina, e do projeto *QualiTB*, de desenvolvimento de metodologia de avaliação dos serviços de tuberculose de níveis secundário e terciário.

Integrei a equipe de atualização e revalidação do Questionário Qualiaids. Essa versão foi utilizada no quarto inquérito nacional em 2017, cujos resultados constituem a primeira fonte de dados principal deste trabalho.

Em 2020, o grupo de pesquisa Qualiaids expandiu o objeto de pesquisa na direção de analisar os efeitos da organização dos serviços de assistência nos desfechos clínicos do tratamento do HIV e da tuberculose em coinfeção. Trata-se de um estudo da coorte de adultos que iniciaram tratamento antirretroviral no Brasil entre 2015-2018 (Coorte Qualiaids-BR), cujos resultados constituem a segunda fonte de dados deste trabalho. O estudo já teve uma parte de seus resultados aceitos para publicação na Revista de Saúde Pública.

1. Introdução e justificativa

O tratamento efetivo da infecção pelo HIV exige diagnóstico oportuno, tratamento medicamentoso adequado e acompanhamento permanente da rede de serviços de saúde, além de adesão do paciente ao acompanhamento (retenção) e ao tratamento medicamentoso (adesão) (NEMES et al., 2009; HOLTZMAN et al., 2015; STRICKER et al., 2016; MARINS et al., 2003).

O início da década de 2010 foi marcado por importantes avanços nas tecnologias de prevenção e na assistência a pessoas infectadas com HIV. A estratégia ‘*Tasp*’ (*treatment as prevention*), de tratar todas as pessoas com infecção pelo HIV independentemente de qualquer parâmetro clínico (COHEN et al, 2011), baseou-se em estudos que mostraram que pessoas com Carga Viral indetectável não são capazes de transmitir o vírus por contato sexual. Esses avanços têm baseado as campanhas chamadas de I=I (indetectável = intransmissível), ou U=U (undetectable = untransmittable) (UNAIDS, 2018; BRASIL, 2019). Além disso, estão disponíveis tratamentos medicamentosos para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (BRASIL, 2015, 2018).

Todos estes avanços orientaram a proposição de um parâmetro para avaliar as respostas nacionais em formato de cascata, que retrata o desempenho do programa em um dado período, em geral anual, ao ilustrar as perdas que ocorrem nos estágios sequenciais do cuidado das pessoas que vivem com HIV, desde a infecção até a supressão viral (GARDNER, 2011; DHHS, 2013; IAPAC, 2015; NEMES, 2019). A partir de 2014, o Departamento de Doenças de

Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde (MS) passou a publicar, anualmente, as cascatas do cuidado contínuo do HIV para o Brasil e a estimular os municípios a construir suas próprias cascatas (BRASIL, 2014; 2017b; 2021c). Além disso, o Brasil tornou-se signatário da meta UNAIDS para 2020, “90-90-90”, que propôs que 90% das pessoas com infecção pelo HIV fossem diagnosticadas, 90% das pessoas que conhecem seu diagnóstico estivessem em tratamento e 90% daquelas em tratamento atingissem o alcance da supressão viral. E, recentemente, tornou-se signatário da meta atualizada para 2025 “95-95-95” (UNAIDS; 2014, 2021).

A oportunidade e a adequação da assistência em HIV dependem, assim, de uma articulação complexa de características dos serviços de saúde, que necessariamente incluem adequada disponibilidade de recursos (profissionais, medicamentos, exames, etc.), organização e gerenciamento dos processos de assistência e integração com os demais serviços da rede de atenção à saúde. Ou seja, a qualidade organizacional - estrutura e processos organizativos da assistência - é componente necessário da qualidade da assistência como um todo, influenciando assim a permanência do paciente no seguimento (retenção) e no tratamento medicamentoso (adesão) (NEMES et al., 2002; 2009; ENGLERA, 2018; ENGELHARD, 2016; IAPAC, 2014), bem como os desfechos clínicos de supressão viral (WIEWEL, 2019; WEISER, 2015; HOFMANN, 2016) e mortalidade (BAUTISTA-ARREDONDO, 2015; 2015a).

O acesso ao serviço e à medicação específica é, ainda que essencial, condição necessária para a qualidade da assistência prestada pelo serviço de

saúde. Porém, a qualidade resulta também da organização complexa de tecnologias de produto e de processo operadas por profissionais de diferentes formações. Assim, enquanto o tratamento medicamentoso específico é bastante padronizado, o modo como os serviços organizam o cuidado ao paciente pode ser bastante heterogêneo (AGINS et al, 2007; XIA et al., 2015; O'NEALL et al., 2015; DUBER et al, 2016; KORTHUIS, 2016; GOMPELS et al., 2018; FRITZ et al, 2017; OPIO et al, 2019). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio do DCCI, é responsável pela provisão e distribuição dos medicamentos antirretrovirais e das redes laboratoriais de exames específicos para o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV (teste rápido de detecção de anticorpos anti-HIV, testes para resistência medicamentosa, contagem de linfócitos CD4+ e Carga Viral), pela publicação dos protocolos clínicos e diretrizes técnicas para o tratamento, e pela coordenação dos sistemas de logística de dispensação da medicação ARV - Siclom - e de exames laboratoriais específicos do HIV – Siscel (Quadro 1). Além disso, o Ministério da Saúde também mantém sistemas de informações de acesso público.

Quadro 1 - Sistemas Nacionais de Informação em Saúde relacionados com a infecção pelo HIV.

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais dispensados para todas as pessoas em tratamento da infecção pelo HIV no Brasil
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV, Resultados de exames de Carga viral (CV) e contagem de linfócitos CD4 para pessoas que fazem acompanhamento no SUS da infecção pelo HIV
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico: “linkage” entre o Siclom e o Siscel Identifica pessoas que não estão em uso de TARV e foram diagnosticados e pessoas em TARV com carga viral detectável

Os sistemas logísticos do programa de aids do MS, Siclom e Siscel, são alimentados online pelos serviços de saúde que prescrevem e/ou dispensam ARV e/ou solicitam exames laboratoriais específicos. Estes sistemas produzem indicadores cuja base são as pessoas infectadas. O Siclom foi desenvolvido em 1997 para gerenciar os estoques e a distribuição nacional dos medicamentos antirretrovirais. As unidades de saúde dispensadoras de medicamentos antirretrovirais (UDM) alimentam diretamente o sistema¹. O Siscel foi implantado

¹ Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom> (consultado em 05 de junho de 2020)

no mesmo ano que o Siclom para facilitar o controle dos processos de cadastro das PVHIV na rede laboratorial e armazenar o histórico dos exames realizados².

Os sistemas gerais de informação em saúde do SUS, SINAN e SIM, agregam informações de base populacional, que alimentam a edição de boletins epidemiológicos anuais de nível nacional, estadual e em vários municípios³. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desenvolvido no início da década de 1990, coleta e processa os dados de agravos de notificação em todo o território nacional. É alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos de notificação realizados nas unidades de saúde cujos dados são agregados pelas secretarias municipais de saúde⁴. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido em 1975, processa as declarações de óbito (DO) de todo o país que registram as informações da pessoa falecida e as causas de morte. As DO preenchidas pelo médico são coletadas e inseridas no sistema pelas secretarias de saúde⁵.

As informações das bases de dados populacionais (SIM e SINAN) e do tratamento clínico das pessoas que vivem com HIV (Siclom e Siscel) permitem estimar a “cascata” do contínuo do cuidado em HIV, parâmetro internacional de

² Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/sistema-de-informacao/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de> (consultado em 05 de junho de 2020)

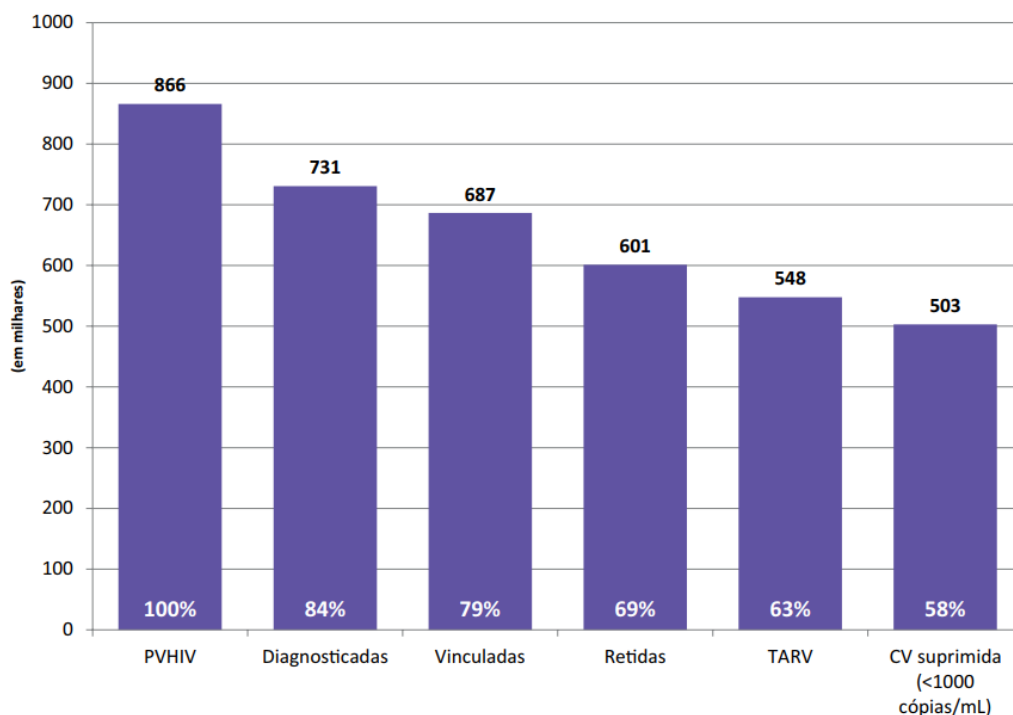
³ www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos

⁴ Brasil, Ministério da Saúde. SINAN Sistema de informação de agravos de notificação. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> (consultado em 05 de junho de 2020)

⁵ Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> (consultado em 05 de junho de 2020)

avaliação do desempenho dos programas de HIV. A figura 1 mostra a cascata do Brasil em 2017.

Figura 1 - Cascata do cuidado contínuo do HIV no Brasil, 2017*.



PVHIV: A prevalência nacional na população geral é estimada em 0,40%, com intervalo de confiança entre 0,30% e 0,54%.

Diagnosticados: Número total de indivíduos identificados com uma dispensa no Siclom ou que tiveram um resultado do exame de CV ou CD4 registrado no Siscel. Número total de casos de HIV (dos dez anos anteriores) e de aids (dos cinco anos anteriores) notificados no SINAN que não tiveram nenhuma dispensação de TARV nem tiveram nenhum resultado de exame de CD4 ou CV. A este número de notificados no SINAN, aplica-se uma taxa de subnotificação de 31,2%.

Vinculados: PVHIV que, no ano da análise, fizeram algum exame de CD4 ou Carga Viral registrados ao Siscel ou tiveram dispensa de TARV registrada ao Siclom.

Retidos: Entre os vinculados, quem tem pelo menos dois exames de CV ou CD4 ou dispensações no ano.

Tratados: Número total de indivíduos identificados com uma dispensa no Siclom nos últimos 100 dias do ano da análise.

CV suprimida: PVHIV de 18 anos ou mais em TARV (com dispensa nos últimos 100 dias do ano) e que tiveram resultado do exame de CV após pelo menos 6 meses do início do tratamento com valor inferior a 1000 cópias/mL, registrado ao Siscel.

Fonte: MS/SVS/DIAHV, 2017 ⁶

Notas: (*) proporções calculadas em relação ao número de PVHIV

⁶ In: *Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV. Janeiro, 2017. <http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>.

Embora a cascata do HIV no Brasil venha melhorando nos últimos anos (BRASIL, 2021), persistem importantes “gaps” que colocam a resposta brasileira à aids ainda distante da meta 90-90-90 e da nova meta 95-95-95.

Em 2017, as estimativas de diagnosticados e vinculados estavam abaixo da meta em cerca de 6% e 5%, respectivamente. No entanto, as maiores perdas ocorreram nas etapas seguintes após a vinculação, ou seja, em pessoas que não iniciaram ou abandonaram o seguimento, mesmo já tendo realizado um exame específico (CD4 e/ou Carga Viral), ou tendo recebido alguma dispensa de antirretroviral, que foram de cerca de 10%. Entre os retidos, i.e., que mantiveram o seguimento indicado pela realização de dois exames e/ou duas dispensações de antirretroviral, 6% abandonou ou sequer iniciou o tratamento. Entre os que mantiveram o tratamento, 5% não atingiu a supressão viral após 6 meses de tratamento por insuficiente adesão ao tratamento ou por falência terapêutica. A soma das proporções de perdas após a vinculação chega, assim, a 21%.

A ocorrência destas perdas foi, em 2017, desigual, segundo características sociodemográficas das PVHIV (idade, sexo, raça/cor e escolaridade) (BRASIL, 2017b). Adicionalmente, a região geográfica e o município estão associados com as chances de não retenção e/ou não supressão, mesmo quando ajustadas pelas variáveis sócio demográficas, indicando desigualdade de acesso e qualidade dos serviços de tratamento (PASCOM et al., 2018). Isto porque, embora todas as etapas do contínuo do cuidado sejam da responsabilidade dos serviços dos vários níveis de atenção,

as etapas após a vinculação são da responsabilidade direta e específica dos serviços de tratamento.

Alcançar e manter níveis aceitáveis de qualidade é um desafio importante para a assistência de todos os agravos crônicos. Para a infecção pelo HIV, este desafio é ainda reforçado tanto pelo estigma (MACARTHY et al., 2016; TURAM et al., 2017), quanto pela diversidade dos tipos de serviços que assistem pessoas vivendo com HIV, que variam desde pequenos serviços de atenção primária até ambulatórios de grandes hospitais, como ocorre em muitos países (BARDFIELD et al., 2016; 2017; WEISER, 2015).

Por isto, a realização de inquéritos periódicos é importante para conhecer estes serviços e produzir indicadores de estrutura e processo que possam auxiliar no monitoramento e planejamento de ações de melhoria no cuidado. No Brasil, estes serviços foram avaliados em 2002, 2007, 2010 e 2016/17, por meio do questionário Qualiaids (Anexo I). Há também experiências internacionais de avaliação dos serviços, utilizando indicadores de estrutura e processo para comparar e avaliar a qualidade da assistência entre serviços de diferentes países (FRITZ, 2017; DUDA, 2014), entre serviços públicos e privados (VALVERDE, 2004), ou através da implementação de planos de melhoria da qualidade para os serviços, em que um dos passos é a própria avaliação da qualidade (AIDS INSTITUTE, 2006; MABUCHI, 2018). Todas estas iniciativas buscam padronizar níveis mínimos aceitáveis de qualidade organizacional para redes extensivas e heterogêneas de serviços.

De natureza multidimensional, a qualidade dos serviços de tratamento engloba também os aspectos organizacionais, isto é, a maneira pela qual o cuidado é estruturado, organizado e coordenado, aumentando a probabilidade de obtenção tanto de bons resultados clínicos, quanto da segurança e boa experiência do paciente no serviço de saúde (DONABEDIAN, 1968; OECD, 2019; WHO, 2018).

O último levantamento feito pelo DCCI em 2016/17, cadastrou 1063 serviços do SUS que tratam a infecção pelo HIV. Foi a partir de 1994 que começaram a ser implementados os primeiros serviços de assistência para HIV no Brasil. Neste momento, a maioria dos serviços passou a funcionar em ambulatórios já existentes, porém, foram criados alguns serviços de assistência ambulatorial que receberam, à época, a denominação de Serviços de Assistência Especializada (SAE), denominação que muitos mantêm até hoje (BASSO, 2002, LOCH, 2018). De início, implantados por indução direta do MS (GRANGEIRO et al, 2011; 2012), o número de serviços foi se expandindo de acordo com as decisões dos níveis estaduais e municipais de gestão do SUS. Os registros do MS apontam a existência de 33 serviços em 1996 (VILARINHO, 2013), 540 em 2001 e 712 em 2010 (BASSO, 2002; NEMES et al., 2013). Nos anos seguintes, especialmente entre 2013 e 2016, um novo tipo de indução por parte do MS estimulou a implementação do tratamento do HIV para os serviços de atenção primária (no Brasil denominados de unidade de atenção básica e/ou saúde da família), principal mote da implantação de 351 novos serviços de tratamento, resultando, em 2017, num total de 1063 serviços, conforme cadastro do MS. À exceção dos recursos providos pelo MS, bem como das normativas

técnicas federais e estaduais, a organização geral dos serviços é regulada diretamente pela gestão do município (VIANA et al, 2009).

Esta política configurou uma rede de atendimento bastante heterogênea: o número de pacientes atendidos por serviços varia entre os estados e entre os municípios, resultando em portes de serviço que vão de 1 a mais de 5000 pacientes por serviços (LOCH et al, 2018). Os tipos institucionais também variam, abrangendo serviços de atenção primária, ambulatórios e especialidades médicas, ambulatórios de hospital e serviços especializados dedicados ao tratamento do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2008)

Em 2001, a equipe Qualiaids, da USP, desenvolveu o questionário de avaliação dos serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV. O desenvolvimento foi feito com base em uma metodologia sistemática que combinou evidências e técnicas de consenso. O questionário foi validado em uma amostra de serviços e se mostrou aplicável a todos os tipos de serviços do SUS que tratam a infecção pelo HIV em adultos em nível ambulatorial no Brasil (NEMES et al., 2016a; 2016b; 2013; 2009; 2004; LOCH et al, 2018; MELCHIOR et al, 2006).

O questionário é respondido pelo responsável técnico pela assistência em HIV do serviço. Contém questões sobre estrutura e processos da organização do trabalho assistencial, agrupadas em três domínios: 'Assistência direta ao paciente', 'Gerência da assistência' e 'Disponibilidade de recursos'. As respostas às questões são pontuadas em escore de 2 (padrão esperado) ,1 (padrão aceitável) 0 (padrão insuficiente). O serviço é avaliado pela média obtida nas

questões. Junto ao questionário está o *Caderno de Recomendações de Boas Práticas*⁷, que apresenta os critérios de qualidade avaliados em cada uma das questões.

O Qualiaids foi respondido pela primeira vez em 2001-2 por 96% (322) dos serviços de sete estados brasileiros (NEMES et al., 2004; 2009; MELCHIOR et al., 2006). A parceria entre a gestão federal do programa de aids e a equipe de pesquisa Qualiaids da FMUSP produziu subsequentes inquéritos Qualiaids em 2007 e 2010, com a participação de serviços de todo o Brasil com taxas de resposta de 79% e 93% respectivamente (NEMES et al, 2013; LOCH et al., 2018). Entre 2011-2016 o questionário foi atualizado e revalidado (NEMES et al, 2016a; 2016b). O sistema de respostas foi atualizado para emitir relatórios automáticos aos serviços respondentes e disponibilizar imediatamente aos gestores o banco de dados em formato Excel. O último inquérito Qualiaids, realizado em 2016/17 foi respondido por 98% (1041) dos 1063 serviços cadastrados nas Secretarias Estaduais de Saúde, mostrando aumento do número de serviços cadastrados entre 2010 e 2017 – de 712 para 1063 serviços.

Respondido nacionalmente e com alta adesão nos quatro inquéritos realizados (2002, 2010, 2012 e 2016/2017), o Qualiaids é a principal fonte de indicadores da estrutura e processos organizativos da assistência dos serviços que tratam pessoas vivendo com HIV no Brasil. Nestes anos, legitimou-se como uma ferramenta de apoio aos gestores e é uma avaliação conhecida tanto pelos

⁷ Disponível em: <http://www.qualiaids.fm.usp.br/>

serviços quanto pelos coordenadores de programas de aids municipais, estaduais e nacionais (NEMES, et al, 2016).

O SUS é o único provedor e distribuidor de medicamentos antirretrovirais no Brasil, inclusive para as pessoas que realizam seu acompanhamento clínico laboratorial no sistema privado. Todas as dispensações de antirretrovirais são registradas no Siclom e, para aqueles que têm seu acompanhamento realizado no SUS, há registros de todos os resultados de exames – realizados na rede – de Carga Viral e contagem de linfócitos CD4+. Em 2020, a equipe de pesquisa Qualiaids iniciou o projeto “Coorte Qualiaids-BR: Efeitos da organização do serviço de tratamento no alcance e manutenção da supressão viral do HIV e na cura da coinfeção com tuberculose na coorte de pacientes do SUS que iniciaram tratamento antirretroviral de 2015 a 2018”, cujo objetivo é analisar as associações entre as características dos serviços e os desfechos clínicos para o HIV e HIV-TB das pessoas com 15 anos ou mais que iniciaram TARV no Brasil neste período. Na primeira parte do projeto, foi construído o banco de dados “Coorte Qualiaids-BR”, que reúne as informações do Siclom (retiradas de medicamentos de todas as pessoas que fazem tratamento com infecção para HIV), Siscel (resultados de exames de Carga Viral e CD4 solicitados pelo SUS), SINAN (informações sociodemográficas), SIM (informações sobre dados de mortalidade) e do inquérito Qualiaids (informações dos serviços do SUS que atendem pessoas com infecção pelo HIV).

Este estudo utilizou o banco de dados do inquérito Qualiaids 2016/17 e o banco de dados ‘Coorte Qualiaids-BR’, buscando assim continuar e aprimorar a

linha de pesquisas avaliativas sobre a qualidade da organização do cuidado em HIV de todos os serviços do Brasil, bem como contribuir para a caracterização dos serviços implantados a partir de 2010 e para estimar a distribuição de pessoas segundo sistema predominante de acompanhamento clínico-laboratorial (público e privado).

2. Objetivos

Objetivo geral

Analisar a organização e o desempenho dos serviços do SUS de assistência ambulatorial a pessoas em tratamento da infecção pelo HIV.

Objetivos específicos

- a.** Analisar a configuração administrativa e assistencial dos serviços ambulatoriais do SUS de tratamento da infecção por HIV.
- b.** Avaliar o desempenho dos serviços ambulatoriais do SUS de tratamento da infecção por HIV.
- c.** Estimar o peso relativo dos serviços do SUS e dos sistemas privados no acompanhamento clínico-laboratorial do tratamento da infecção por HIV.
- d.** Analisar a expansão dos serviços ambulatoriais do SUS de tratamento da infecção por HIV de 2010 a 2016.

3. Método

3.1 População

Serviços do SUS que responderam ao Questionário Qualiaids 2016/17 e/ou solicitaram algum exame de CV para pessoas que iniciaram TARV entre 2015 e 2018.

3.2 Fontes, tratamento e análise de dados segundo objetivos específicos

3.2.1 Objetivos específicos (a) e (b): configuração administrativa e assistencial e desempenho dos serviços do SUS

Para analisar a configuração administrativa e o desempenho dos serviços do SUS que tratam infecção pelo HIV foi utilizado o Questionário Qualiaids. Respondida na web pelo responsável técnico pela assistência em HIV/Aids do serviço (gerente técnico) e equipe técnica, a versão atual do questionário contém 81 questões de múltipla escolha. Destas, 8 perguntas não produzem indicadores de qualidade, mas caracterizam o serviço respondente ao apresentar características como localização, instituição gestora e tipos de atendimento realizados. Estas questões são denominadas **descritivas (D)**. As outras 73 são questões, cujas respostas às alternativas que correspondem aos padrões de qualidade esperados, produzem 187 indicadores de qualidade (Quadro 2).

Quadro 2 - Exemplos de scores: padrão esperado. Questionário Qualiaids*.

Domínio	Indicador	Score
Assistência direta ao paciente	Não há oferta de PEP	0
	Encaminha todos que buscam PEP para serviço de emergência	0
	Avalia, orienta e prescreve PEP	1
Gerência da assistência	Realiza reuniões para discussão de casos conforme demanda	0
	Realiza reunião de discussão de casos periódica com toda a equipe multiprofissional	0
	Realiza reunião de discussão de casos periódica entre profissionais da mesma categoria	1
Recursos	Encaminha as pessoas para coleta de exames em laboratório de referência	0
	Coleta parte dos exames no próprio serviço e encaminha para coletar os outros no laboratório de referência	0
	Coleta todos os exames no próprio serviço	1

* Adaptado de NEMES et al., 2009

Todas as questões que produzem indicadores de qualidade são de resposta estruturada e objetiva, agrupadas em três grandes conjuntos chamados de domínios:

Domínio de ‘Disponibilidade de recursos’ (R): 17 perguntas acerca da disponibilidade dos vários tipos de recursos e insumos relevantes para o bom funcionamento geral da assistência, como, por exemplo, a composição da equipe técnica, o provimento de medicamentos e a prontidão de resultados de exames;

Domínio da ‘Assistência direta ao paciente’ (A): 32 perguntas acerca dos processos organizativos relevantes para um bom atendimento para cada um dos usuários, como, por exemplo, a prontidão no atendimento, as atividades realizadas pelos diferentes tipos de profissionais envolvidos no cuidado e a efetivação de rotinas práticas estabelecidas por protocolos operacionais;

Domínio da ‘Gerência da assistência’ (G): 24 perguntas acerca dos processos organizativos relevantes para a manutenção geral de um bom atendimento ao conjunto dos usuários, como, por exemplo, os registros clínicos e epidemiológicos, as reuniões de trabalho e a integração com outros serviços da rede de saúde.

A qualidade da organização dos serviços é expressa pela média geral e para as três dimensões avaliadas por meio dos escores do conjunto dos indicadores. Os serviços cadastrados responderam ao questionário online, que, após o envio das respostas, apresenta para o respondente todo o relatório (Figura 2) do seu desempenho, com a divulgação das médias alcançadas no inquérito e nas questões referentes aos domínios da ‘Assistência direta ao paciente’, ‘Gerência da assistência’ e ‘Disponibilidade de recursos’. Além disso, o usuário também consegue acessar todas as respostas que assinalou e visualizar todas as questões nas quais atingiu os padrões esperados. O sistema também gera um banco de dados que registra todos os escores alcançados pelo serviço e também todas as respostas assinaladas para cada questão (Figura 2).

Figura 2 – Tela do relatório do desempenho o serviço, na área de acesso exclusiva de cada respondente.

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO **GUIA DE RECOMENDAÇÕES** **PAINEL ADMINISTRATIVO** **ANA MAROSO | SAIR**

TIPOLOGIA
Serviço de Assistência Especializada SAE/HD
Serviço: Serviço de Saúde de Saúde

DESEMPENHO QUALITATIVO		TAXAS	
Média geral	0,81 - 40,3%	% de faltas em consulta	7%
Média assistencial	0,88 - 55,2%	% de pacientes que abandonaram o serviço	10%
Média conduta	0,77 - 38,8%	% de pacientes em TACI que abandonaram o serviço	10%
Média decurso	1,10 - 55,2%	% de hospitalizações no serviço	1%

ATENDEMENTOS

- Adultos com HIV/AIDS
- Crianças com HIV/AIDS
- Gravantes com HIV/AIDS
- Crianças expostas ao HIV e vírus da hepatite C
- Diagnóstico prévio
- História clínica em diagnóstico HIV positivo
- Resistência viral em parâmetros negativos
- Infecções oportunistas transmissíveis (ITOT) em HIV negativo
- Profissionais de enfermagem (PEP) ou outros
- Profissionais de enfermagem (PEP) ou outros
- Profissionais de enfermagem (PEP) ou outros
- Profissionais de enfermagem (PEP) ou outros

Número de pacientes atendidos com HIV/AIDS: 1.035
Número em pacientes em TACI: 1.035
% de pacientes em TACI: 100%

EQUIPE

19 médicos que realizam o acompanhamento de pacientes com HIV/AIDS
35 pacientes para cada 120h médias semanais contratadas

5 enfermeiros
207 pacientes para cada enfermeiro, sem enfermeiro que atende exclusivamente HIV/AIDS

1 psicólogo
125 pacientes para cada psicólogo, sem psicólogo que atende exclusivamente HIV/AIDS

1 dentista
125 pacientes para cada dentista, sem dentista que atende exclusivamente HIV/AIDS

1 farmacêutico
125 pacientes para cada farmacêutico, sem farmacêutico que atende exclusivamente HIV/AIDS

2 assistentes sociais
312 pacientes para cada assistente social, sem assistente social que atende exclusivamente HIV/AIDS

8 auxiliares de técnicas de enfermagem
125 pacientes para cada auxiliar de técnicas de enfermagem, sem auxiliar de técnicas de enfermagem que atende exclusivamente HIV/AIDS

3 técnicos de enfermagem
345 pacientes para cada técnico de enfermagem, sem técnico de enfermagem que atende exclusivamente HIV/AIDS

100% SUPERMÍNIMO QUALITATIVO (2014)

RELATÓRIOS GERAIS DA PONTUAÇÃO
Aqui você pode acessar os relatórios de pontuação organizados por indicadores (questões pontuadas) ou por critérios de indicadores.

todos os indicadores (questões pontuadas)

1 21 DE 76 INDICADORES

R7 R9 R10 R10 G11 A16
A18 A20 A21 A23 A24 A35
G38 R51 R55 R57 R58 A59
R62 G70 G71

19 DE 76 INDICADORES
 35 DE 76 INDICADORES
 todos os critérios de indicadores (questões pontuadas)
 21 DE 76 INDICADORES
 19 DE 76 INDICADORES
 35 DE 76 INDICADORES

RELATÓRIO DA PONTUAÇÃO POR DIMENSÃO - A, G, R
Aqui você pode acessar os relatórios de pontuação para 3 dimensões avaliadas no Questionário: Organização de Assistência, Gerenciamento Técnico do Trabalho e Disponibilidade de Recursos.

A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
2 8 DE 33
1 6 DE 33
0 19 DE 33
G13 G32 G49 G66 G67 G69
G72 G73 G74 G75

G GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO
3 4 DE 23
2 9 DE 23
1 19 DE 23

R RESPONSABILIDADE DE RECURSOS
2 9 DE 19
1 4 DE 19
0 6 DE 19

PAINEL
SERVIÇO / RESPONDENTE
SECTORES
TEXTOS ORÇAMENTOS
DOWNGRADO DE CUI
BACKUP DE LOCAL
SUGESTÕES ENVIADAS

O acesso aos bancos do questionário é hierarquizado com diferentes níveis de acesso: serviço, gestor municipal, gestor estadual e administrador. Este é o banco de dados que foi utilizado neste trabalho.

Para analisar o desempenho dos serviços que responderam ao inquérito Qualiaids 2016/17, foram consideradas as respostas às 187 alternativas de padrão esperado (Quadro 3). Foram calculadas as médias, medianas e desvio padrão de todas as respostas e das respostas que compõem o domínio de ‘assistência direta’, ‘gerência da assistência’ e ‘disponibilidade de recursos’. Os subdomínios que compõem cada um dos domínios também foram analisados separadamente. Os serviços foram ranqueados em 4 grupos de desempenho diferentes, descritos segundo domínios e subdomínios.

Quadro 3 – Total de indicadores por domínios e subdomínios do questionário Qualiaids (Qualiaids, 2017)

Domínio e subdomínios	N
Assistência direta ao paciente	85
Atividades da equipe de enfermagem	11
Atividades do enfermeiro e/ou do médico	15
Atividades do médico	12
Atividades específicas de promoção, monitoramento e cuidado em adesão	15
Atividades específicas de prontidão e facilitação do acesso e da vinculação	16
Atividades interprofissionais dos demais profissionais da equipe técnica	16
Gerência da assistência	32
Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe	12
Integração com a rede local de saúde e participação do usuário	12
Monitoramento e avaliação da qualidade	8
Disponibilidade de recursos	70
Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes	19
Exames complementares rotineiros para as pessoas no início e seguimento do tratamento ARV	13
Medicamentos e insumos para prevenção e diagnóstico	14
Médicos e demais profissionais da equipe técnica do serviço	6
Modalidades assistenciais, médicos especialistas e demais profissionais de saúde por meio de encaminhamento	18
Total	187

As respostas às perguntas descritivas do inquérito Qualiaids foram utilizadas para estimar a 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' de cada serviço. Foram considerados dez indicadores: 'O serviço possui pelo menos 1 hora semanal de médicos residentes (Campo de formação); 'realização de atendimentos médicos "extras" ou não agendados para pessoas com HIV/aids' (Capacidade para atendimento à demanda espontânea); 'realização de PEP', 'tratamento para pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis (IST)', 'oferta de tratamento para coinfeção TB/HIV por tuberculose sensível', 'oferta de tratamento para Hepatite C e B (para pessoas mono infectadas ou co infectadas)' e o 'serviço é referência secundária ou terciária para atendimento de Tuberculose' (Oferta de tratamento); 'encaminhamento para consulta com ginecologista em até 7 dias', encaminhamento para consulta com psiquiatra em até 15 dias' e 'disponibilidade de ao menos 1 hora semanal contratada de médico infectologista' (Disponibilidade de médicos infectologistas e especialistas). A 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' dos serviços é calculada a partir da média de respostas positivas a cada um dos dez indicadores e varia entre 0 e 1 (Quadro 4).

Quadro 4 - Indicadores que compõe a ‘Capacidade de diversificar a oferta de atendimento’. (Qualiaids 2016/17)

O serviço é referência secundária ou terciária para atendimento de Tuberculose
O serviço atende pacientes com Infecções sexualmente transmissíveis (IST).
O serviço faz Profilaxia Pós Exposição (PEP)
O serviço realiza atendimentos médicos de pacientes com HIV/aids “extras” ou não agendados
O serviço realiza tratamento para Hepatite C e B (para pacientes monoinfectados ou coinfectados)
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal contratada de infectologista
O serviço tem encaminhamento para consulta com psiquiatra em até 15 dias
O serviço tem encaminhamento para consulta com ginecologista em até 7 dias
O serviço atende pessoas com infecção por HIV e infecção por tuberculose sensível
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal de médico residente

3.2.2 Objetivo específico (c): peso relativo dos serviços do SUS e dos sistemas privados)

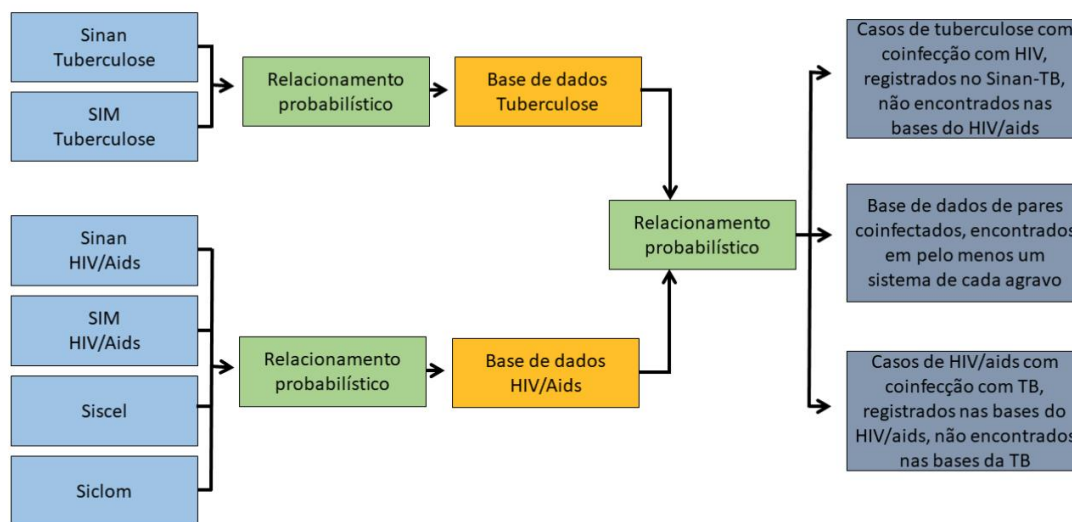
Para estimar o número de pessoas com infecção pelo HIV no Brasil, que são acompanhadas no SUS e no sistema privado, foi utilizado o banco de dados ‘Coorte Qualiaids-BR’, resultante do estudo ‘Efeitos da organização do serviço de tratamento no alcance e manutenção da supressão viral do HIV e na cura da coinfeção com tuberculose na coorte de pessoas do SUS que iniciaram tratamento antirretroviral de 2015 a 2018: Parte 1 – Construção da base e análise descritiva dos dados da coorte’, que utiliza dados secundários e anonimizados das pessoas com 15 anos ou mais com registro no Siclom de primeira dispensa de ARV entre 01/01/2015 e 31/12/2018, e as informações dos serviços

ambulatoriais de assistência em HIV do SUS. A base de dados da coorte Qualiaids-BR foi construída a partir de dois bancos de dados:

1) Banco das pessoas em TARV com dados clínicos e sociodemográficos das pessoas em TARV:

O DCCI conduz anualmente relacionamento probabilístico entre os dados dos sistemas de informações (SINAN, Siscel, SIM e Siclom) de modo a identificar duplicidades e reunir em apenas uma base de dados os registros da mesma pessoa (Figura 3). Conforme descrito no Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2021 “O relacionamento entre todas as bases foi realizado utilizando-se como campos de comparação as informações do nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento e, como chaves de blocagem, os códigos fonéticos do primeiro e último nome do paciente e o sexo, combinados de modos diferentes em três passos totalmente automatizados pelo software RecLink III”. Esse banco de dados tem sido utilizado em publicações da área (ALVES et al, [em publicação]; MANGAL et al, 2019; SARACENI et al. 2018; MEIRELES et al, 2018; FONSECA et al., 2010, MIRANDA et al.,2009) e nas publicações de boletins epidemiológicos e relatórios do DCCI (BRASIL, 2021a, 2021b; 2019; 2017a).

Figura 3 - Fluxograma do relacionamento probabilístico entre as bases de dados da tuberculose (TB) e do HIV/aids. Brasil, 2019.



Fonte: Fonte: DCCI/SVS/MS.

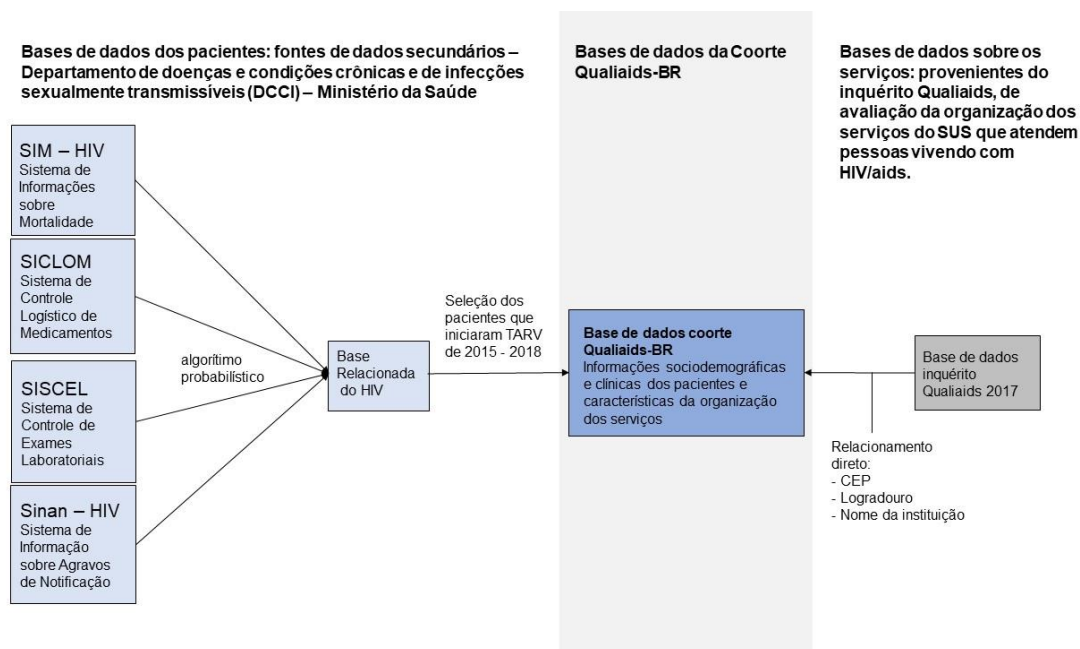
Legenda: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM = Sistema de Informações sobre Mortalidade; Siclom - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; Siscel - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV.

In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2020. Número Especial | Jun. 2021. Brasília.

2) Banco de dados dos serviços, provenientes da resposta ao inquérito Qualiaids 2016/17 sobre a organização dos serviços do SUS que prescrevem medicamentos ARV.

O relacionamento direto entre os dois bancos se baseou nos dados de localização (CEP, Logradouro) e de nomes dos serviços (Figura 4).

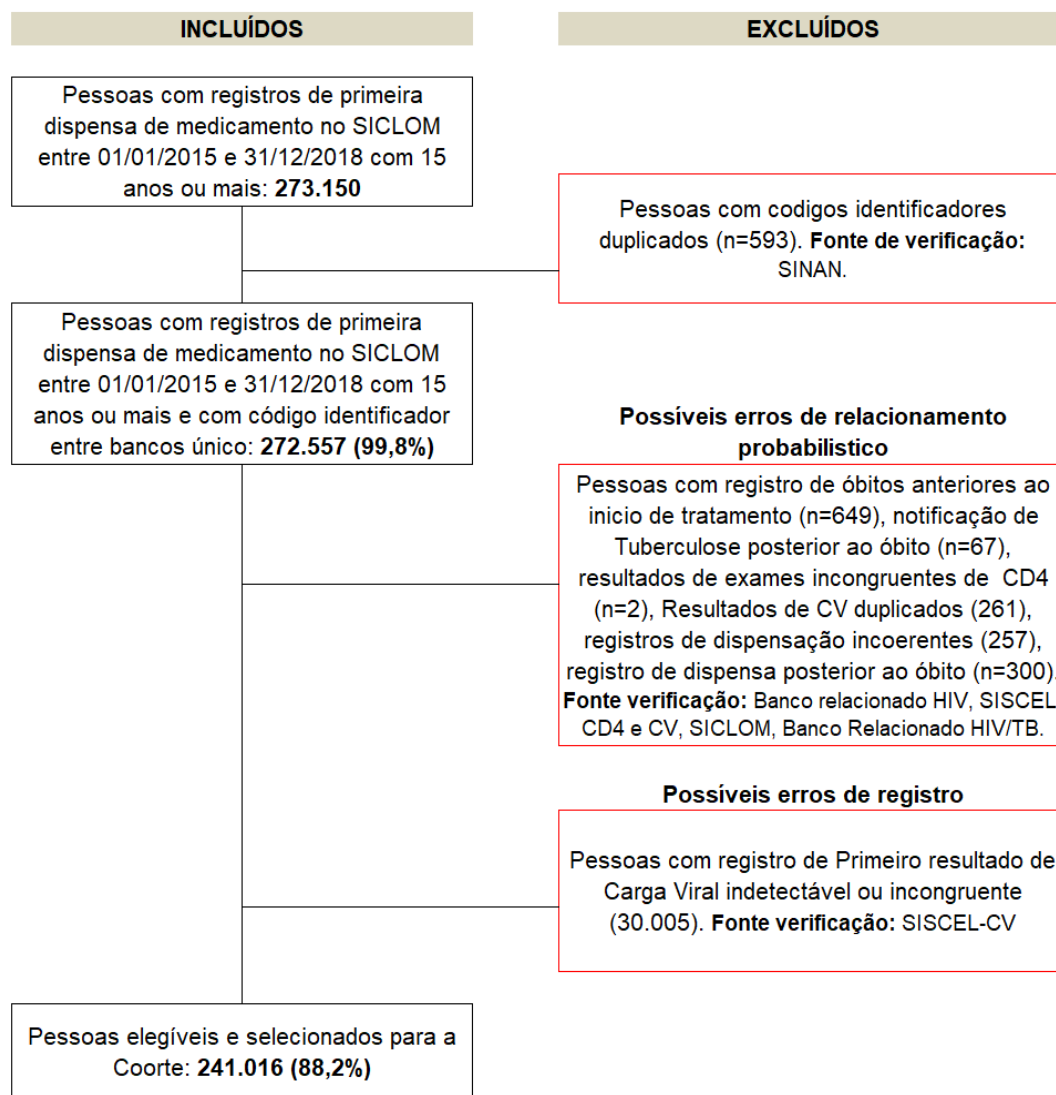
Figura 4 - Fontes de dados e processo de construção da base de Coorte Qualiaids-BR.



Os bancos relacionados permitiram o estabelecimento do conjunto de pessoas a serem incluídas no estudo da coorte, isto é, aquelas maiores de 15 anos que tiveram a primeira dispensação de medicação antirretroviral registrada no Siclom de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2018.

Após a realização da padronização, análise de incongruências e completude dos dados, foi possível estabelecer a população geral da coorte. A Figura 5 a seguir sintetiza o estabelecimento da população geral da coorte. A análise de incongruências resultou na inclusão de 241.016 pessoas (88,2% dos elegíveis).

Figura 5 – Esquema da definição da população geral do estudo - Coorte Qualiaids, Brasil, 2021.



A partir da definição das pessoas incluídas na coorte, foi feita, para cada uma delas, a atribuição ao serviço de acompanhamento. Para tanto, foram utilizadas as informações sobre o serviço que solicitou os exames de Carga Viral; assim, o serviço de acompanhamento foi definido como aquele que solicitou os exames de CV. Para aquelas pessoas que tiveram exames solicitados por mais de um serviço, foi considerado aquele que solicitou mais exames de CV, e

quando o número foi igual, foi considerado aquele em que o paciente passou mais tempo vinculado. O tempo de vínculo ao serviço foi calculado pela diferença entre a primeira e a última solicitação de CV no determinado serviço.

A partir da base de dados Coorte Qualiaids-BR, que contém as características (clínicas e sociodemográficas) das pessoas em TARV e as características dos serviços onde as pessoas realizam seu acompanhamento, foi possível fazer a classificação do sistema de acompanhamento clínico ('SUS', 'Sistema Privado' e 'Indefinido'). A classificação foi feita por meio da análise do número de exames de carga viral (CV) solicitados por algum serviço do SUS no período da coorte. Isso foi possível porque há registro de todos os exames de Carga Viral realizados no SUS. Para melhorar a acurácia da definição, foram ainda definidos dois parâmetros, analisados junto com o número de exames:

1) Perda de seguimento por abandono: interrupção de TARV sem nenhum registro posterior de retirada de medicamento no período da coorte (01/01/2015 à 31/12/2018);

2) Pessoas em acompanhamento no sistema prisional: todas aquelas que tiveram todos os exames de CV, ou a maioria deles, solicitados por algum serviço do sistema Prisional.

A seguir, apresento a descrição do tipo de sistema de acompanhamento, de acordo com os critérios estabelecidos:

Sistema predominante de acompanhamento: SUS (sistema prisional)

- pessoas que tiveram todos os exames, ou a maioria deles, solicitados por um ou mais serviços do sistema prisional.

Sistema predominante de acompanhamento: SUS

- pessoas com dois ou mais registros de exames de CV no período da coorte.

- pessoas com um registro de CV no período da coorte e perda de seguimento por abandono com 66 dias⁸, ou menos, do início da TARV.

- pessoas com um registro de CV e data do óbito anterior a 66 dias do início da TARV.

Sistema predominante de acompanhamento: Privado

- pessoas sem registro de CV e data do óbito posterior a 66 dias do início da TARV.

- pessoas sem registro de CV e perda de seguimento por abandono após 66 dias do início da TARV.

- pessoas sem registro de CV e que entraram na coorte até 26/10/2018.

- pessoas com um registro de CV que entraram na coorte até 26/10/2018 sem registro de óbito ou abandono no período.

⁸ Intervalo de dias máximo entre início de TARV e coleta da primeira Carga Viral (CV) definido pelo PCDT (56 dias) acrescido de dez dias, que contam fim de semana e possíveis feriados. Sendo assim, o período máximo entre o início de TARV e a coleta da primeira CV foi estabelecido em 66 dias

Sistema predominante de acompanhamento: Indefinido

- pessoas com um registro de CV e perda de seguimento por abandono com 66 dias ou menos do início da TARV.
- pessoas com um registro de CV e data do óbito posterior a 66 dias do início da TARV.
- pessoas com um registro de CV e perda de seguimento por abandono após 66 dias do início da TARV.
- pessoas com um registro de CV que entraram na coorte depois de 26/10/2018⁹.
- pessoas sem registro de CV e perda de seguimento por abandono anterior a 66 dias do início da TARV.
- pessoas sem registro de CV e data do óbito anterior a 66 dias do início da TARV.
- pessoas sem registro de CV que entraram na coorte depois de 26/10/2018.

Após a definição do sistema predominante de acompanhamento das pessoas que iniciaram TARV entre 2015 e 2018, foi feita a caracterização dos serviços de acompanhamento.

Para caracterizar o tipo de serviço, foi utilizada a resposta do serviço a uma pergunta estruturada de resposta única que consta no inquérito Qualiaids 2016/17. As alternativas descrevem os possíveis tipos administrativos e foram agregadas em 2 tipos: (1) Ambulatório (Ambulatório exclusivo de assistência

⁹ Não tem tempo de observação suficiente para ter mais um pedido CV.

especializada a pessoas com HIV/aids, Ambulatório de DST e Hepatites Virais; Ambulatório especializado em moléstias infecciosas; Equipe de assistência especializada inserida em um serviço de atenção básica; Ambulatório de assistência a várias especialidades e Ambulatório de hospital); (2) Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Saúde da Família). Para os serviços que não responderam ao inquérito, a atribuição foi feita a partir da busca de termos presentes no nome de registro do serviço no Siscel, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Classificação dos tipos de serviços a partir de termos presentes no nome do serviço. Coorte Qualiaids-BR (2015 – 2018)

Tipo de serviço	Nome/termos
Ambulatório	AME (Ambulatório Médico de Especialidades), Centro de atendimento de doenças infectocontagiosas, Centro especializado em doenças infectocontagiosas, SAE (Serviço de atendimento especializado), Centro de Especialidades; Centro de Diagnóstico e Tratamento, Centro de Orientação e Aconselhamento, Centro de Referência, Centro de Testagem e Aconselhamento, Centro Especializado de Assistência à Saúde, Centro Estadual Regional de Média e Alta Complexidade, Centro Regional de Especialidades, Complexo Ambulatorial, Policlínica e Unidade de referência
Atenção Básica	Centro de Saúde, Centro Municipal de Saúde, Clínica da Família; CMS (Centro Municipal de Saúde), CF (Clínica da Família), CS (Centro de Saúde), ESF (Estratégia de Saúde da Família) NASF (Núcleo de apoio à Saúde da Família), Posto de Saúde, UBS (Unidade Básica de Saúde), Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde
Serviço do sistema prisional	Casa de Custódia, Penitenciária, Sistema Penitenciário, Presídio, Centro de atendimento à mulher presa, 'Detenção' e 'Penal'.
Não foi possível atribuir	Núcleo de Apoio à Saúde, Unidade De Vigilância Epidemiológica, 'Fundação', Regional de Saúde, Associação, Casa de apoio, Departamento de Ações de Saúde, Diretoria Regional de Saúde e Consórcio Intermunicipal

3.2.3 Objetivo específico (d): expansão dos serviços do SUS de 2010 a 2016

Para a análise da expansão dos serviços foi utilizado o banco de dados resultante do inquérito Qualiaids, além dos cadastros das avaliações realizadas em 2010 e 2016/17. Foram considerados novos serviços todos aqueles que não estavam no cadastro do inquérito realizado em 2010 e que estavam no cadastro

realizado em 2016/17. Para a análise da expansão dos serviços novos entre os municípios, foram incluídas nesta base informações e dados provenientes do inquérito Qualiaids de 2010 e população dos municípios em 2017¹⁰. Compõem ainda a base de dados as informações do banco coorte Qualiaids-BR sobre o número de pessoas que iniciou TARV no período de 2015 a 2018.

Em 2016, o DCCI convidou todos os serviços do SUS que prescrevem medicamentos antirretrovirais e acompanham pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial para responderem o Questionário Qualiaids. As Coordenações Estaduais de IST/aids cadastraram 1063 serviços que atendem adultos vivendo com HIV no Brasil.

Para a realização de cada inquérito do questionário Qualiaids, os serviços são cadastrados em uma base de dados com atribuição de um código único identificador para cada serviço. Isso permite que os serviços que respondem o questionário em mais de um inquérito tenham suas respostas comparadas. O processo de cadastro dos serviços é realizado diretamente entre a equipe Qualiaids e a equipe responsável no DCCI. Em 2001, havia 540 serviços cadastrados, em 2007 eram 636 serviços, em 2010 havia 712 serviços e em 2016/17 foram cadastrados 1063 serviços na base de dados do questionário Qualiaids.

¹⁰ Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. (População dos municípios estimada para o ano de 2017).

Para a realização do inquérito 2016/17, os serviços foram cadastrados em dois momentos: os estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso foram convidados a responder ao questionário em 2016, e os coordenadores dos programas destes estados enviaram diretamente para a equipe Qualiaids a lista de serviços destes estados. Nestes quatro estados foram registrados novos serviços: São Paulo (3), Santa Catarina (25), Mato Grosso (2) e Rio Grande do Sul (23). No ano seguinte, o Ministério da Saúde enviou à equipe Qualiaids a lista com os serviços dos outros 23 estados. Quase todas as unidades da federação tinham novos serviços registrados, com exceção do Acre, Amapá, Mato Grosso do Sul, Sergipe, Distrito Federal e Tocantins. Foram excluídos do cadastro serviços que atendem exclusivamente crianças e adolescentes, serviços penitenciários, CTA e maternidades. O estado do Paraná não enviou para cadastro no sistema os novos serviços da capital Curitiba.

O cadastro serve também como uma forma de manter atualizada as informações dos serviços e também como uma fonte de dados que mostra a expansão dos serviços ao longo dos anos. Esta base com as informações dos serviços respondentes foi utilizada para definir quais foram implantados a partir de 2010. Para isso, comparou-se os serviços que estavam no cadastro do inquérito realizado em 2010, os serviços que estavam no cadastro do inquérito 2016/17 e os serviços que estavam na base de dados “Coorte Qualiaids-BR”.

3.3 Software utilizado

Este estudo utilizou os softwares IBM SPSS® (versão 23) e Microsoft® Excel® 2019.

3.4 Aspectos éticos

Este projeto utiliza dados do cadastro e das respostas ao Questionário Qualiaids 2010 e 2016/17. Os inquéritos foram conduzidos pela Equipe Qualiaids em parceria com apoio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. A participação dos serviços de saúde se deu por adesão. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FMUSP (Nº do parecer 3.633.207). Utiliza também dados secundários e anonimizados do projeto de pesquisa em andamento “Coorte Qualiaids-BR”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CAEE: 27659220.3.0000.0065), que reúne informações das pessoas com 15 anos ou mais com registro no Siclom de primeira dispensa de ARV entre 01/01/2015 e 31/12/2018.

PARTE II

4. Resultados

4.1 Tipologia administrativa e assistencial dos serviços respondentes ao inquérito Qualiaids.

A avaliação Qualiaids foi conduzida em 2016 nos estados de Mato Grosso, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul e, em 2017, nos demais estados. O inquérito online foi respondido por 1041 (98%) dos 1063 serviços cadastrados nas Secretarias Estaduais de Saúde. A adesão dos serviços à avaliação Qualiaids foi alta e em apenas três estados (Rio de Janeiro, Distrito Federal e Paraná) a taxa de respostas não foi de 100%. O município de Curitiba, por razões desconhecidas, optou por não cadastrar as 103 unidades de atenção básica que passaram a atender pessoas vivendo com HIV. Nenhuma destas unidades estava no cadastro de 2010.

A rede atual de serviços que atendem pessoas vivendo com HIV se estende por todos os estados brasileiros, distribuída em 609 municípios e nas 27 capitais administrativas, totalizando a cobertura de 636 municípios (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição entre regiões e estados dos serviços cadastrados e serviços que participaram do inquérito Qualiaids 2016/17. N=1063 (Qualiaids, 2017)

Regiões e Estados	Número de serviços respondentes	Número de serviços cadastrados	% de respondentes
Região Centro-Oeste	46	48	95,8%
DF	8	10	80,0%
GO	11	11	100,0%
MS	12	12	100,0%
MT	15	15	100,0%
Região Nordeste	149	149	100,0%
AL	4	4	100,0%
BA	46	46	100,0%
CE	25	25	100,0%
MA	14	14	100,0%
PB	9	9	100,0%
PE	37	37	100,0%
PI	7	7	100,0%
RN	6	6	100,0%
SE	1	1	100,0%
Região Norte	58	58	100,0%
AC	1	1	100,0%
AM	16	16	100,0%
AP	1	1	100,0%
PA	22	22	100,0%
RO	10	10	100,0%
RR	3	3	100,0%
TO	5	5	100,0%
Região Sudeste	582	601	96,8%
ES	21	21	100,0%
MG	70	70	100,0%
RJ	295	314	93,9%
SP	196	196	100,0%
Região Sul	206	207	99,5%
PR	49	50*	98,0%
RS	77	77	100,0%
SC	80	80	100,0%
Total Geral	1041	1063	97,9%

* Não foram contabilizados os 103 serviços do município de Curitiba que não foram cadastrados para responder ao Questionário Qualiaids. Estes serviços serão descritos no item 4.4 – os novos serviços.

A maioria (83,7%) dos serviços tem como instituição gestora a Secretaria Municipal de Saúde. A maior proporção dos serviços (37,0%) informou que estes estão localizados em ambulatorios que atendem exclusivamente HIV, seguida de 26,4% que são serviços de atenção básica que acompanham PVHIV com HIV/aids (Tabela 1). Os serviços que atendem PVHIV estão majoritariamente localizados em municípios com até 400 mil habitantes, representando 58,1% do universo avaliado (Tabela 1). Dos 1041 serviços respondentes, 393 (37,7%) localizam-se em capitais administrativas. É bastante variável também o porte dos serviços, com 66 serviços que atendem até 10 pessoas, e 156 serviços que acompanham mais de 1.000 pessoas (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos serviços que acompanham PVHIV por tamanho de município, número de pessoas e tipo de unidade de saúde. Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N = 1041)

Número de pessoas em TARV	%
Até 10 pessoas	6,3
De 11 a 50 pessoas	19,0
De 51 a 100 pessoas	12,8
De 101 a 500 pessoas	31,9
De 501 a 1.000 pessoas	10,2
Mais de 1.000 pessoas	15,0
Sem informação	4,8
Tipo de serviço	
Ambulatório exclusivo de assistência especializada a pessoas com HIV/ Aids, IST e hepatites virais (SAE).	37,0
Ambulatório especializado em moléstias infecciosas.	12,2
Ambulatório de assistência especializada a pessoas com HIV/aids, IST e Hepatites Virais inserido em um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF).	8,1
Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) que acompanha pessoas com HIV/aids	26,4
Ambulatório de assistência a várias especialidades (Ex.: dermatologia, urologia, psiquiatria).	10,7
Ambulatório de hospital.	5,4
Outros.	0,3
Tamanho do município*	
≤ 100 mil habitantes	35,4
100.001 ≥ 400 mil habitantes	22,7
> 400.000 habitantes	41,9
Total	100,0

* Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. (População dos municípios estimada para o ano de 2017).

Capacidade de diversificar a oferta de atendimento

O indicador de 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' avalia a capacidade que os serviços têm para oferecer e realizar atendimentos diversificados. Considerando os 1041 serviços que responderam ao questionário, a média alcançada neste indicador, que varia entre 0 e 1, foi de 53,5%. Entre os itens que compõem este indicador, 87,2% dos serviços realizam atendimentos médicos de pessoas com HIV/aids "extras" ou não agendados,

80,8% atendem pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 66,7% dos serviços fazem Profilaxia Pós-Exposição (PEP), 67,2% realizam tratamento para Hepatite C e B (para pessoas mono infectadas ou co infectadas), 17,4% são também referência secundária ou terciária para atendimento de Tuberculose, 32,0% tem encaminhamento para consulta com psiquiatra ou ginecologista em até 7 dias, 57,0% possui pelo menos 1 hora semanal contratada de infectologista e 23,0% dos serviços possui pelo menos 1 hora semanal de médicos residentes auxiliando no cuidado a pessoas vivendo com HIV.

A média da 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimentos' é maior conforme aumenta o número de pacientes, ou seja, os maiores serviços estão organizados para oferecer maior diversidade de atendimento aos seus usuários (Tabela 3).

Tabela 3 – Média do indicador de 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' segundo número de pessoas atendidas no serviço. Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N = 1041)

Número de pessoas em acompanhamento	Média (%)
até 10 pessoas	42,6
de 11 a 50 pessoas	48,8
de 51 a 100 pessoas	53,5
de 101 a 500 pessoas	54,6
de 501 a 1000 pessoas	57,0
mais de 1000 pessoas	61,3
não informado	47,8
Total Geral	53,3

Desempenho da ‘assistência direta ao paciente’

Neste domínio, são avaliadas as atividades diretamente ligadas às pessoas, como as ações de promoção e monitoramento da vinculação, retenção e adesão ao tratamento, a conformidade com normas operacionais e protocolos de assistência, e as atividades de assistência prestada pelos profissionais da equipe multiprofissional.

Em relação às pessoas com diagnóstico de HIV/aids que procuram atendimento pela primeira vez no serviço, 39,2% dos serviços respondentes referem que estes são atendidos em consulta médica no mesmo dia, ou por profissional não médico de nível universitário e, se necessário, por consulta médica. Dentre as ações realizadas no primeiro atendimento destacam-se: a investigação e orientação sobre parceria sexual (93,7%); a discussão sobre o significado do diagnóstico e suas repercussões para a vida cotidiana (90,1%); a identificação de condições de vulnerabilidade social e individual (86,7%); a discussão sobre procedimentos e condutas para viabilizar a abordagem consentida, ou seja, o contrato de sigilo (86,5%); a identificação de sintomáticos respiratórios (80,1%); e a identificação do paciente pelo nome social se este assim desejar (82,8%). Já quando a triagem (ou equivalente) define que o paciente com HIV/aids não será matriculado para fazer seu acompanhamento clínico no serviço, 40,2% dos serviços referem que o encaminhamento é feito com guia/carta para outro serviço, após contato e agendamento quando necessário.

Os serviços relatam que durante a consulta, além dos procedimentos técnicos de rotina, os médicos abordam questões relativas às sexualidades (71,2%); investigam as causas do abandono ou de frequentes faltas no retorno das pessoas faltosas ou que abandonaram o serviço (90,6%); investigam o desejo de ter filhos e orientam sobre concepção/contracepção (80,0%); orientam sobre o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos (90,0%); investigam expectativas, aspectos psicossociais e a rede de apoio social dos pessoas (68,6%); discutem o caso com profissionais de outras categorias quando necessário (90,0%); e realizam abordagem sindrômica nos casos de infecções sexualmente transmissíveis (84,2%).

Caso realizado atendimento de enfermagem antes do atendimento médico (pré-consulta), este pode incluir: a verificação de queixas agudas e definição de prioridades de atendimento (74,2%); a verificação da adesão ao tratamento antirretroviral (69,6%); a investigação de efeitos adversos ao tratamento antirretroviral (59,8%); a identificação de sintomático respiratório e encaminhamento ou solicitação de coleta de escarro (57,3%). Já no atendimento de enfermagem após o atendimento médico (pós-consulta) são realizadas: orientação e encaminhamentos para benefícios sociais (41,4%); orientação sobre direitos civis (25,4%); escuta qualificada às necessidades do paciente e identificação de dificuldades e estratégias de superação (64,1%); orientação sobre hábitos saudáveis para manutenção da qualidade de vida, como alimentação, prática de atividades físicas, redução de danos, e sexo mais seguro (64,5%).

São realizadas também pelo médico as seguintes atividades: visita domiciliar (33,7%); análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca (54,7%); discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular (63,1%); atendimento e avaliação de risco para Profilaxia Pós-Exposição – PEP (79,7%); atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social (75,5%).

Em relação à prevenção e tratamento da lipodistrofia e síndrome metabólica, 29,9% dos serviços registram escore de risco cardiovascular anualmente; apenas 15,9% realizam preenchimento facial no próprio serviço ou têm referência acordada para realização do procedimento em até 90 dias; e 33,4% possuem acordo estabelecido com serviços de referência para avaliação de procedimentos cirúrgicos.

No caso de pessoas com HIV/aids que apresentam dificuldades no tratamento antirretroviral, estas são encaminhadas para consulta e orientação individual com enfermeiro (59,6%); e/ou com psicólogo, assistente social ou farmacêutico (70,0%). A tabela 4 apresenta outras atividades reportadas pelos serviços:

Tabela 4 - Respostas selecionadas do domínio 'Assistência direta ao paciente' (subdomínios: 'Assistência de enfermagem', 'Assistência dos demais profissionais da equipe multiprofissional', 'Assistência médica, promoção e monitoramento da vinculação', 'Retenção e adesão ao tratamento e seguimento de protocolos e normas operacionais'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. N=1041.

ATIVIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM			
	N	n	%
Atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem			
Participação em grupos de adesão.	1041	159	15,3
Participação na discussão de casos com a equipe multidisciplinar.	1041	439	42,2
Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas.	1041	387	37,2
Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.	1041	381	36,6
Atividades realizadas pelo enfermeiro			
Avaliação de risco de pessoas "extras" ou não agendadas.	1041	840	80,7
Participação em grupos de adesão.	1041	312	30,0
Consulta individual específica para promoção da adesão.	1041	744	71,5
Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.	1041	713	68,5
Visita domiciliar.	1041	615	59,1
Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.	1041	618	59,4
Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.	1041	733	70,4
Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.	1041	798	76,7
Atendimento e avaliação de risco para Profilaxia Pós-Exposição (PEP)	1041	759	72,9
Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.	1041	746	71,7
ATIVIDADES INTERPROFISSIONAIS DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA			
Atividades realizadas pelo assistente social*			
Visita domiciliar.	737	494	67,0
Participação em grupos de adesão.	737	234	31,8
Consulta individual específica para promoção da adesão.	737	452	61,3
Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.	737	396	53,7
Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.	737	400	54,3
Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.	737	421	57,1
Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.	737	365	49,5
Atendimento e avaliação de risco para Profilaxia Pós-Exposição (PEP).	737	247	33,5
Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.	737	477	64,7
Atividades realizadas pelo farmacêutico*			
Farmacovigilância.	929	593	63,8
Participação em grupos de adesão.	929	182	19,6
Consulta individual específica para adesão.	929	444	47,8

(continua)

(continuação) Tabela 4 - Respostas selecionadas do domínio 'Assistência direta ao paciente' (subdomínios: 'Assistência de enfermagem', 'Assistência dos demais profissionais da equipe multiprofissional', 'Assistência médica, promoção e monitoramento da vinculação, retenção e adesão ao tratamento' e 'Seguimento de protocolos e normas operacionais'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. N=1041.

	N	n	%
Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.	929	450	48,4
Atividades realizadas pelo psicólogo*			
Participação em grupos de adesão.	840	280	33,3
Consulta individual específica para promoção da adesão.	840	617	73,5
Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.	840	330	39,3
Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.	840	487	58,0
Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.	840	561	66,8
Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.	840	483	57,5
Atendimento e avaliação de risco para Profilaxia Pós-Exposição (PEP).	840	337	40,1
Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.	840	572	68,1
ATIVIDADES DO MÉDICO			
As consultas médicas para pessoas com HIV/aids são agendadas com hora marcada para cada paciente.	1041	555	53,3
O tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento a casos novos de pessoas com HIV/aids é 45 minutos ou mais.	1041	487	46,8
O intervalo de rotina para o retorno em consulta médica de pessoas com HIV/aids no início ou na troca de terapia antirretroviral é de 7 dias.	1041	175	16,8
O tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento de retorno de pessoas com HIV/aids é de 30 minutos ou mais.	1041	435	41,8
As pessoas que precisam de atendimento médico "extra" ou não agendado são sempre atendidas em consulta médica.	1041	662	63,6
ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE PRONTIDÃO E FACILITAÇÃO DO ACESSO E DA VINCULAÇÃO e ATIVIDADES DE PROMOÇÃO, MONITORAMENTO E CUIDADO EM ADESÃO			
Todas as pessoas que procuram o serviço para realização de PEP são avaliadas imediatamente e, quando indicado, há prescrição de medicação, orientação e acompanhamento.	1041	782	75,1
O primeiro atendimento no serviço sempre inclui a primeira consulta médica, ou esta ocorre em menos de 1 semana.	1041	598	57,4

(continua)

(conclusão) Tabela 4 - Respostas selecionadas do domínio ‘Assistência direta ao paciente’ (subdomínios: ‘Assistência de enfermagem’, ‘Assistência dos demais profissionais da equipe multiprofissional, assistência médica’, ‘Promoção e monitoramento da vinculação, retenção e adesão ao tratamento’ e ‘Seguimento de protocolos e normas operacionais’). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. N=1041.

	N	n	%
A adesão ao tratamento antirretroviral de um paciente com HIV/aids é avaliada predominantemente através do monitoramento da retirada de medicamentos por meio do Siclom, planilhas ou outras formas de controle da farmácia.	1041	315	30,3
As pessoas com HIV/aids que ficam sem medicamentos antirretrovirais por razões imprevistas são atendidas em consulta médica, de enfermagem ou farmacêutica e, após orientações, retiram os medicamentos prescritos.	1041	570	54,8
O aconselhamento pós-teste para HIV é realizado para pessoas com resultado do teste positivo ou negativo, sempre pelo mesmo profissional que realizou o aconselhamento pré-teste.	1041	945	90,8
As pessoas com HIV/aids são sempre atendidas pelo mesmo profissional (seja ele médico, dentista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou nutricionista, entre outros).	1041	557	53,5
Quando o paciente com HIV/aids falta ao atendimento agendado, o serviço entra em contato com todos os faltosos, respeitando o termo de busca consentida previamente acordado.	1041	428	41,1
As pessoas com HIV/aids e coinfeção por tuberculose sensível são tratados no próprio serviço, pelo mesmo médico.	1041	608	58,4

* Não foram considerados na análise os serviços que não dispõem destes profissionais.

As demandas mais frequentes para o atendimento do paciente em acompanhamento que comparece ao serviço fora do dia agendado (atendimento “extra”) são as intercorrências clínicas (52,1%). Dentre as atividades realizadas rotineiramente nesse atendimento, os serviços informam que avaliam e reorientam o uso de antirretroviral e de outras medicações (73,9%); verificam a ocorrência e o motivo de faltas anteriores (77,6%); identificam dificuldades para comparecimento aos atendimentos agendados (74,2%); identificam e encaminham casos de depressão e uso abusivo de álcool e de outras drogas (57,0%).

Dos serviços respondentes, apenas 20,3% referem encaminhamento periódico das pessoas com HIV/aids para agendar consultas de atendimento odontológico, mesmo na ausência de queixas. O acesso rotineiro ao atendimento médico ginecológico também foi relatado pela minoria dos serviços (37,7%). Em relação ao desejo de ter filhos, 45,0% dos serviços referem que orientam sobre os riscos, discutem o melhor momento para concepção, as estratégias de redução de risco para o planejamento da reprodução e, se necessário, encaminham para serviços especializados de reprodução assistida.

Desempenho da ‘Gerência da assistência’

O domínio ‘Gerência da assistência’ avalia as atividades conduzidas ao conjunto das pessoas. É composto pelos subdomínios que descrevem as atividades de monitoramento e avaliação; referenciamento e integração com a rede de serviços, usuários e comunidade; fluxogramas assistenciais locais, comunicação e organização da equipe multiprofissional.

Dos 1041 serviços respondentes, 950 (91,3%) informam a categoria profissional do responsável técnico pela assistência em HIV/aids do serviço. Dentre os que informam, nota-se que os responsáveis técnicos são majoritariamente enfermeiros (49,4%), seguidos por: médicos (34,0%); psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem ou farmacêuticos (12,1%); ou outros profissionais de saúde (4,5%).

As atividades de avaliação da atenção e da assistência em HIV/aids nos serviços respondentes são realizadas rotineiramente, com objetivo de reprogramação das atividades, em 33,5% dos serviços. Em relação aos dados

utilizados para produzir essas avaliações, apenas 26,3% dos serviços relatam ter utilizado, no último ano, dados epidemiológicos do serviço, das pessoas e de profissionais. Afirmam também utilizar para o planejamento e a avaliação das atividades de atenção às pessoas com HIV/aids: dados do Sistema de Monitoramento da Programação Anual de Metas – PAM (34,6%); dados e/ou informações produzidas pelo próprio serviço (75,8%); informações produzidas por avaliações e/ou pesquisas de iniciativa local ou estadual (29,6%); informações produzidas por avaliações e/ou pesquisas de iniciativa dos gestores do programa de DST, Aids e Hepatites Virais e/ou da Universidade (36,9%).

A maioria dos serviços (91,4%) informa o número de pessoas em uso de antirretrovirais, sendo que 807 serviços informam qual a fonte utilizada para obter este dado. Dentre aqueles que informam a fonte, a mais utilizada é o Siclom (43,6%), seguida por: informações registradas pelo serviço em agenda, arquivo, cadastro, relatório, planilhas de controle (30,5%); sistema eletrônico (15,5%); e estimativa (10,4%). Não souberam informar a fonte 22,5% dos serviços.

O número total de faltas em consulta médica no mês anterior foi fornecido por 88,2% dos serviços e o de pessoas que abandonaram o serviço foi respondido por 72,3% dos serviços. A tabela 5 apresenta outras respostas selecionadas:

Tabela 5 - Respostas selecionadas do domínio 'Gerência da assistência' (subdomínios: 'Fluxogramas assistenciais locais, comunicação e organização da equipe multiprofissional'; 'Monitoramento e avaliação da qualidade'; 'Referenciamento e integração com a rede de serviços, usuários e comunidade'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

	N	n	%
COORDENAÇÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS GERAIS E COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE			
As ações e atividades de coordenação técnica da equipe que atende as pessoas com HIV/aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são realizadas pelo mesmo profissional que realiza as funções de coordenação técnica e administrativa da equipe (controle de faltas, férias, alocação e contratação de pessoal), ou por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (mesmo que não formalizado).	1041	518	49,8
As atividades desenvolvidas no serviço pelo responsável pela coordenação técnica da equipe que atende as pessoas com HIV/Aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são em sua maioria gerenciais e em pequena parte assistenciais, ou realizadas na mesma proporção.	1041	616	59,2
O serviço promove reuniões periódicas para discussão de casos e de condutas clínicas relacionadas às pessoas com HIV/aids, com participação de toda a equipe multiprofissional.	1041	306	29,4
O serviço promove reuniões periódicas para discussão e organização do trabalho da assistência às pessoas com HIV/aids, com participação da equipe multiprofissional e, em alguns casos, a reunião conta com a participação de pessoas, organizações da sociedade civil (ONGs) e/ou conselho gestor.	1041	377	36,2
O serviço conta com supervisão técnica externa para as diferentes categorias que atendem pessoas com HIV/aids.	1041	124	11,9
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE			
O critério de abandono é definido pela não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista ou não retorno às consultas em 6 meses, com ou sem outros critérios.	1041	383	36,8
A taxa de adesão ao tratamento antirretroviral do conjunto das pessoas com HIV/aids é avaliada por meio da porcentagem de pessoas que relatam adequada adesão em instrumentos anônimos de autorrelato (eletrônicos ou impressos) de medida de adesão.	1041	55	5,3
Todos os profissionais de nível superior (médicos e outros) registram seus atendimentos em prontuário único, que é utilizado por todos os setores de assistência deste serviço.	1041	726	69,7
No atendimento médico de pessoas com HIV/aids, o registro em prontuário é feito em campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, que são sistematicamente preenchidos.	1041	217	20,8
As fichas de notificação epidemiológica são preenchidas sempre pelo médico ou o médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche os demais campos.	1041	417	40,1
INTEGRAÇÃO COM A REDE LOCAL DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO			
Trabalho em rede: Atividades dos serviços de atenção básica (que acompanham e tratam pessoas com HIV/aids estáveis) desenvolvidas em parceria com os serviços especializados em HIV/aids*			
Tratamento supervisionado compartilhado da coinfeção HIV/tuberculose.	478	365	76,4

(continua)

(conclusão) Tabela 5 - Respostas selecionadas do domínio ‘Gerência da assistência’ (subdomínios: ‘Fluxogramas assistenciais locais, comunicação e organização da equipe multiprofissional’; ‘Monitoramento e avaliação da qualidade’; ‘Referenciamento e integração com a rede de serviços, usuários e comunidade’). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

	N	n	%
Realização de reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.	478	163	34,1
Trabalho em rede: Atividades dos serviços especializados em HIV/aids desenvolvidas em parceria com os serviços de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF)**			
Apoio para pessoas com dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral.	815	383	47,0
Atendimento de intercorrências clínicas, demais condições crônicas e protocolos de prevenção (como Papanicolau) das PVHIV.	815	401	49,2
Tratamento supervisionado compartilhado de tuberculose (TDO).	815	509	62,5
Realização de reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.	815	116	14,2
Trabalho em rede: formas de encaminhamento para outros serviços da rede			
Quando o paciente com HIV/Aids precisa de um especialista, exame ou outro atendimento que não é oferecido no serviço, é encaminhado com guia/carta para outro serviço após agendamento.	1041	541	52,0
Intersetorialidade e interação serviço-comunidade			
O serviço tem integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e com organizações da sociedade civil.	1041	442	42,5
Mecanismos formais de encaminhamento de reclamações das pessoas			
As reclamações das pessoas podem ser diretamente encaminhadas ao conselho gestor do serviço ou através de ouvidoria própria.	1041	263	25,3
Participação institucional das pessoas			
As pessoas participam de conselho gestor ou similar para o encaminhamento de soluções de problemas.	1041	251	24,1

* Não foram considerados na análise os serviços de atenção especializada.

** Não foram considerados na análise os serviços de atenção básica.

Quanto ao suporte técnico aos profissionais que atendem as pessoas com HIV/aids, 4,9% dos serviços reportaram que oferecem supervisão clínica para os psicólogos.

Quando há dificuldades gerenciais na atenção em HIV/aids, os serviços reportam realizar: reuniões da equipe de saúde e direção local para discussão e encaminhamento de problemas (62,8%); articulação com o movimento social organizado – fórum de ONGs, Conselho Municipal de Aids, Conselho Municipal

de Saúde (19,3%); contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos e/ou acesso aos serviços necessários (50,2%); e reunião com pessoas para encaminhamento de soluções conjuntas (14,0%).

Desempenho de ‘disponibilidade de recursos’

Neste domínio, estão os indicadores referentes à disponibilidade de profissionais, exames, medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento dos usuários do serviço (Tabela 6).

Tabela 6 - Respostas selecionadas do domínio ‘Disponibilidade de recursos’ (subdomínios: ‘Disponibilidade de profissionais’, ‘Exames, medicamentos e insumos’). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA DO SERVIÇO			
	N	n	%
O número de horas médicas contratadas é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	805	77,3
O número de assistentes sociais é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	557	53,5
O número de enfermeiros é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	821	78,9
O número de psicólogos é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	628	60,3
O número de auxiliares/técnicos de enfermagem é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	743	71,4
O número de farmacêuticos é suficiente para atender ao número de pessoas em acompanhamento no serviço.	1041	836	80,3
MODALIDADES ASSISTENCIAIS, MÉDICOS ESPECIALISTAS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR MEIO DE ENCAMINHAMENTO			
O atendimento com Dermatologista ocorre em até 15 dias.	1041	378	36,3
O atendimento com Urologista ocorre em até 15 dias.	1041	211	20,3
O atendimento com Endocrinologista ocorre em até 15 dias.	1041	142	13,6
O atendimento com Neurologista ocorre em até 15 dias.	1041	120	11,5
O atendimento com Proctologista ocorre em até 15 dias.	1041	113	10,9
O atendimento com Cardiologista ocorre em até 15 dias.	1041	221	21,2
O atendimento com Oftalmologista ocorre em até 15 dias.	1041	177	17,0
O atendimento com Cirurgião geral ocorre em até 15 dias.	1041	171	16,4
O atendimento com Nefrologista ocorre em até 15 dias.	1041	115	11,0
O atendimento com Hematologista ocorre em até 15 dias.	1041	96	9,2

(continua)

(continuação) Tabela 6 - Respostas selecionadas do domínio 'Disponibilidade de recursos' (subdomínios: 'Disponibilidade de profissionais'; 'Exames, medicamentos e insumos'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

	N	n	%
O atendimento com Ortopedista ocorre em até 15 dias.	1041	219	21,0
Trabalho em rede: modalidades assistenciais			
A internação convencional acontece no mesmo dia.	1041	510	49,0
O atendimento em pronto-socorro (24h) acontece no mesmo dia.	1041	936	89,9
Tempo médio de espera para atendimento em CAPS AD: em até 15 dias.	1041	691	66,4
Tempo médio de espera para atendimento em ambulatório de referência para tratamento da coinfeção HIV/Hepatites Virais: em até 15 dias.	1041	977	93,9
EXAMES COMPLEMENTARES ROTINEIROS PARA TODOS OS PESSOAS NO INÍCIO E SEGUIMENTO DO TRATAMENTO ARV			
O resultado do exame de Carga Viral para HIV está disponível em até 15 dias.	1041	546	52,4
O resultado do exame de Contagem de linfócitos CD4 está disponível em até 15 dias.	1041	558	53,6
O resultado do exame de Sorologia para Hepatite B e C em até 7 dias.	1041	414	39,8
O resultado do exame de Sorologia para Toxoplasmose em até 7 dias.	1041	346	33,2
O resultado do exame de Teste não treponêmico (VDRL ou RPR) está disponível em até 7 dias.	1041	649	62,3
O resultado do exame de Glicose está disponível em até 7 dias.	1041	645	62,0
O resultado do exame de Hemograma está disponível em até 7 dias.	1041	636	61,1
O resultado do exame de RX Tórax está disponível em até 7 dias.	1041	682	65,5
O resultado do exame de Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Na, K, exame básico de urina) está disponível em até 7 dias.	1041	555	53,3
O resultado do exame de Colesterol total e frações, triglicérides está disponível em até 15 dias.	1041	859	82,5
O resultado do exame de Prova tuberculínica (PPD) está disponível em até 15 dias.	1041	770	74,0
O resultado do exame de Genotipagem para HIV está disponível em até 15 dias.	1041	197	18,9
O resultado do exame de Taxa de filtração glomerular está disponível em até 7 dias.	1041	248	23,8
EXAMES COMPLEMENTARES RECOMENDADOS PARA AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS FREQUENTES			
O resultado do exame de Baciloscopia de escarro está disponível em até 7 dias.	1041	612	58,8
O resultado do exame de Cultura de escarro (BAAR) está disponível em até 30 dias.	1041	626	60,1
O resultado do exame de Hemoglobina glicosilada e teste de tolerância à glicose está disponível em até 7 dias.	1041	461	44,3
O resultado do exame de Urocultura está disponível em até 7 dias.	1041	424	40,7
O resultado do exame de RX Simples está disponível em até 7 dias.	1041	712	68,4
O resultado do exame de Eletrocardiograma está disponível em até 7 dias.	1041	594	57,1
O resultado do exame de Endoscopia Digestiva Alta está disponível em até 7 dias.	1041	56	5,4
O resultado do exame de Broncoscopia está disponível em até 15 dias.	1041	113	10,9

(continua)

(continuação) Tabela 6 - Respostas selecionadas do domínio 'Disponibilidade de recursos' (subdomínios: 'Disponibilidade de profissionais'; 'Exames, medicamentos e insumos'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

	N	n	%
O resultado do exame de Colonoscopia está disponível em até 15 dias.	1041	92	8,8
O resultado do exame de Ultrassom está disponível em até 7 dias	1041	171	16,4
O resultado do exame de Tomografia computadorizada está disponível em até 7 dias.	1041	55	5,3
O resultado do exame de Ressonância Nuclear Magnética está disponível em até 7 dias.	1041	74	7,1
O resultado do exame de Biópsias (gânglio, pele e outros) está disponível em até 15 dias.	1041	31	3,0
O resultado do exame de Colposcopia está disponível em até 15 dias.	1041	208	20,0
O resultado do exame de Citopatologia anal está disponível em até 15 dias.	1041	82	7,9
O resultado do exame de Densitometria óssea está disponível em até 30 dias.	1041	201	19,3
O resultado do exame de Líquido cefalorraquidiano está disponível em até 15 dias.	1041	287	27,6
O resultado do exame de Fundoscopia está disponível em até 15 dias.	1041	136	13,1
O resultado do exame de Carga Viral e Genotipagem para Hepatites B e C está disponível em até 30 dias.*	980	658	67,1
MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO			
Insumos e exames: não houve falta nos últimos 6 meses			
Gel lubrificante**	1000	821	82,1
Preservativo masculino**	1030	974	94,6
Preservativo feminino**	1005	908	90,3
Teste Rápido para HIV	1041	927	89,0
Teste Rápido para Sífilis	1041	809	77,7
Teste Rápido para Hepatite B	1041	743	71,4
Teste Rápido para Hepatite C	1041	846	81,3
Medicamentos: não houve falta nos últimos 6 meses			
Medicamentos para tratamento da Hepatite C (Sofosbuvir; Daclatasvir; Simeprevir, Ribavirina) e da Hepatite B (Tenofovir; Entecavir; Adefovir; Lamivudina) para pessoas mono infectadas ou co infectadas***	600	289	48,2
Medicamentos: não houve falta nos últimos 6 meses ou se houve foi possível obter em até 48 horas			
Medicamentos para distúrbios metabólicos (Metformina; Glicazida, Glibenclamida ou Glimpirida; Fibratos; Estatinas; Ezetimiba; Vitamina D; Alendronato; Cálcio)**	856	407	47,5
Medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas (consolidação de tratamento de doenças oportunistas: Itraconazol; Fluconazol; Clindamicina; Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido fólico; Claritromicina; Dapsona; Pirimetamina; Sulfadiazina)**	954	447	46,9

(continua)

(conclusão) Tabela 6 - Respostas selecionadas do domínio 'Disponibilidade de recursos' (subdomínios: 'Disponibilidade de profissionais'; 'Exames, medicamentos e insumos'). Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

Medicamentos: não houve falta nos últimos 6 meses ou se houve foi possível obter em até 7 dias

Medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas utilizados por pessoas de HIV/aids com CD4<200 células (Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido fólico; Claritromicina; Dapsona; Pirimetamina; Sulfadiazina)**	943	475	50,4
Medicamentos para micobactérias (Associação de Rifampicina+Isoniazida+Pirazinamida+Etambutol; Associação de Rifampicina+Isoniazida; Rifampicina; Isoniazida; Rifabutina; Pirazinamida; Etambutol; Claritromicina; Azitromicina)**	940	778	82,8
Medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis (Metronidazol; Clindamicina; Miconazol ou Nistatina creme; Fluconazol ou Itraconazol; Azitromicina; Ciprofloxacino; Ceftriaxone; Amoxicilina; Aciclovir; Doxicilina; Penicilina Benzatina)	1041	535	51,4
Medicamentos antirretrovirais	1041	624	59,9

* Não foram considerados na análise os serviços que não tratam hepatites.

** Não foram considerados na análise os serviços que não fizeram uso desses insumos ou medicamentos nos últimos 6 meses (não houve necessidade de utilização dos medicamentos, em razão do perfil clínico-imunológico das pessoas).

Do total de serviços respondentes, 30,9% relatam que o acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminados é realizado por profissionais de nível médio ou terceirizados, capacitados e com supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior.

Desempenho dos serviços

Considerando todas as respostas aos 187 indicadores avaliados de padrão esperado, a média geral de pontuação do conjunto dos respondentes foi de 0,51; o pior desempenho foi de 0,17 e o melhor foi de 0,88 (Tabela 7).

Tabela 7 - Desempenho dos serviços para conjunto dos 187 indicadores de qualidade da avaliação Qualiaids, agrupados segundo os domínios de 'Disponibilidade de recursos', 'Assistência direta ao paciente' e 'Gerência da assistência'. Qualiaids, Brasil - 2016/2017. (N=1041)

Domínio/Subdomínios	Média	Med	Desv Pad	Mín	Máx
Média Geral	0,51	0,51	0,12	0,17	0,88
Assistência direta ao paciente	0,59	0,60	0,17	0,06	0,99
Atividades específicas de promoção, monitoramento e cuidado em adesão	0,53	0,53	0,21	0,00	1,00
Atividades da equipe de enfermagem	0,47	0,45	0,28	0,00	1,00
Atividades interprofissionais dos demais profissionais da equipe técnica	0,59	0,63	0,30	0,00	1,00
Atividades do médico	0,66	0,67	0,20	0,00	1,00
Atividades do enfermeiro e/ou do médico	0,64	0,67	0,25	0,00	1,00
Atividades específicas de prontidão e facilitação do acesso e da vinculação	0,64	0,69	0,17	0,13	1,00
Gerência da assistência	0,36	0,35	0,14	0,00	0,88
Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe	0,40	0,42	0,16	0,00	0,92
Integração com a rede local de saúde e participação do usuário	0,32	0,30	0,19	0,00	1,00
Monitoramento e avaliação da qualidade	0,36	0,38	0,21	0,00	1,00
Disponibilidade de recursos	0,51	0,52	0,13	0,10	0,99
Médicos e demais profissionais da equipe técnica do serviço	0,70	0,83	0,30	0,00	1,00
Modalidades assistenciais, médicos especialistas e demais profissionais de saúde por meio de encaminhamento	0,32	0,28	0,18	0,00	1,00
Exames complementares rotineiros para as pessoas no início e seguimento do tratamento ARV	0,53	0,54	0,26	0,00	1,00
Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes	0,28	0,26	0,17	0,00	1,00
Medicamentos e insumos para prevenção e diagnóstico	0,71	0,71	0,21	0,08	1,00

Entre os três domínios avaliados, a 'Assistência direta ao paciente' apresenta o melhor desempenho (0,59), com a avaliação entre seus subdomínios variando entre 0,47 (Atividades da equipe de enfermagem) e 0,66 (atividades do médico). Os subdomínios de 'Atividades do enfermeiro ou dos médicos' e 'Atividades específicas de prontidão e facilitação do acesso e da vinculação' tiveram, ambos, desempenho de 0,64, enquanto o subdomínio 'Atividades interprofissionais dos demais profissionais da equipe técnica' tem desempenho de 0,59 e o subdomínio 'Atividades específicas de promoção, monitoramento e cuidado em adesão' tem desempenho de 0,53.

O domínio de 'Disponibilidade de recursos' alcança 0,51 do padrão esperado, contendo os subdomínios mais bem avaliados do questionário: 'Disponibilidade de medicamentos e insumos' (0,71); 'Disponibilidade de médicos e demais profissionais da equipe técnica' (0,70). Porém, há grande variação entre os subdomínios que compõem o domínio de recursos, o qual inclui também alguns dos subdomínios com pior desempenho, sendo o pior deles o de 'Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes' (0,28). O subdomínio 'Médicos e demais profissionais da equipe técnica do serviço' tem 0,70 de desempenho, e 'Exames complementares rotineiros para as pessoas no início e seguimento do tratamento ARV' alcançou 0,53, enquanto o subdomínio 'Modalidades assistenciais, médicos especialistas e demais profissionais de saúde por meio de encaminhamento' tem 0,32 de desempenho.

O domínio de 'Gerência da assistência' tem o pior desempenho entre os três avaliados e alcança apenas 0,36 do padrão esperado. Entre seus

subdomínios componentes, a melhor avaliação é para o conjunto de 'Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe' (0,40); e a pior para 'Integração com a rede local de saúde e participação do usuário' (0,32). O subdomínio 'Monitoramento e avaliação da qualidade' alcançou 0,36 do padrão esperado.

Os serviços foram ranqueados em quatro grupos de desempenho, divididos a partir da média que divide os quartis. Entre os grupos, a média geral alcançada pelo grupo 1, de melhor desempenho, foi de 0,66; o grupo 2 tem desempenho médio de 0,55; o grupo 3 alcança desempenho médio de 0,47 e o grupo 4 tem média de 0,36.

O grupo 1 tem média de 0,78 no domínio de 'Assistência direta ao paciente' (Figura 6); o subdomínio 'Atividades do enfermeiro e/ou do médico' alcançou 0,86 e tem o melhor desempenho, enquanto o pior subdomínio avaliado alcança a média de 0,70 (Atividades específicas de promoção, monitoramento e cuidado em adesão). No domínio 'Gerência da assistência' (Figura 7), a média foi 0,5, com o melhor subdomínio 'Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe', que tem 0,52, e o pior subdomínio avaliado, que tem 0,49 de média, 'Integração com a rede local de saúde e participação do usuário'. No domínio de 'Disponibilidade de Recursos', este grupo alcança média de 0,62. O subdomínio de 'Médicos e demais profissionais da equipe' tem a melhor avaliação e alcança média de 0,83. O pior subdomínio avaliado neste grupo é o de 'Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes', que alcança a média de 0,38 (Figura 8).

O grupo 2 tem média de 0,65 no domínio de 'Assistência direta ao paciente' (Figura 6); o subdomínio 'Atividades do enfermeiro e/ou do médico' alcançou 0,73 e tem o melhor desempenho, enquanto o pior subdomínio avaliado obtém média 0,54 (Atividades da equipe de enfermagem). No domínio 'Gerência da assistência', a média foi 0,39 (Figura 7), com o melhor subdomínio 'Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe', que tem 0,42, e o pior subdomínio avaliado, que tem 0,34 de média ('Integração com a rede local de saúde e participação do usuário'). No domínio de 'Disponibilidade de recursos', este grupo alcança média de 0,53. O subdomínio de 'Medicamentos e insumos para prevenção e diagnóstico' tem a melhor avaliação e alcança média de 0,74. O pior subdomínio avaliado neste grupo é o de 'Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes', com média de 0,29 (Figura 8).

O grupo 3 tem média de 0,55 no domínio de 'Assistência direta ao paciente' (Figura 6); o subdomínio 'Atividades do médico' alcançou 0,63 e tem o melhor desempenho, enquanto o pior subdomínio avaliado tem média 0,41 (Atividades da equipe de enfermagem). No domínio 'Gerência da assistência', a média foi 0,32, com o melhor subdomínio 'Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe', que tem 0,36, e o pior subdomínio avaliado, com 0,28 de média ('Integração com a rede local de saúde e participação do usuário'). No domínio de 'Disponibilidade de Recursos', este grupo alcança média de 0,47. Os subdomínios de 'Medicamentos e insumos para prevenção e diagnóstico' e 'Médicos e demais profissionais da equipe técnica do serviço' têm a melhor avaliação e alcançam

média de 0,69. O pior subdomínio avaliado neste grupo é o de ‘Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes’, que tem média de 0,24 (Figura 8).

O grupo 4 tem média de 0,38 no domínio de ‘Assistência direta ao paciente’ (Figura 6); o subdomínio ‘Atividades do médico’ alcançou 0,52 e tem o melhor desempenho, enquanto o pior subdomínio avaliado tem média 0,22 (Atividades da equipe de enfermagem). No domínio ‘Gerência da assistência’, a média foi 0,24 (Figura 7), com o melhor subdomínio ‘Coordenação de processos técnicos gerais e comunicação entre a equipe’, que tem 0,31, e o pior subdomínio avaliado, que tem 0,18 de média, ‘Integração com a rede local de saúde e participação do usuário’. No domínio de ‘Disponibilidade de Recursos’, este grupo alcança média de 0,40. O subdomínio de ‘Medicamentos e insumos para prevenção e diagnóstico’ tem a melhor avaliação e alcança média de 0,59. O pior subdomínio avaliado neste grupo é o de ‘Exames complementares recomendados para avaliação de condições clínicas adicionais frequentes’, que tem média de 0,23 (Figura 8).

Figura 6 – Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Assistência direta aos pacientes’ e nos seis subdomínios componentes. Qualiaids, 2017 (N=1041)

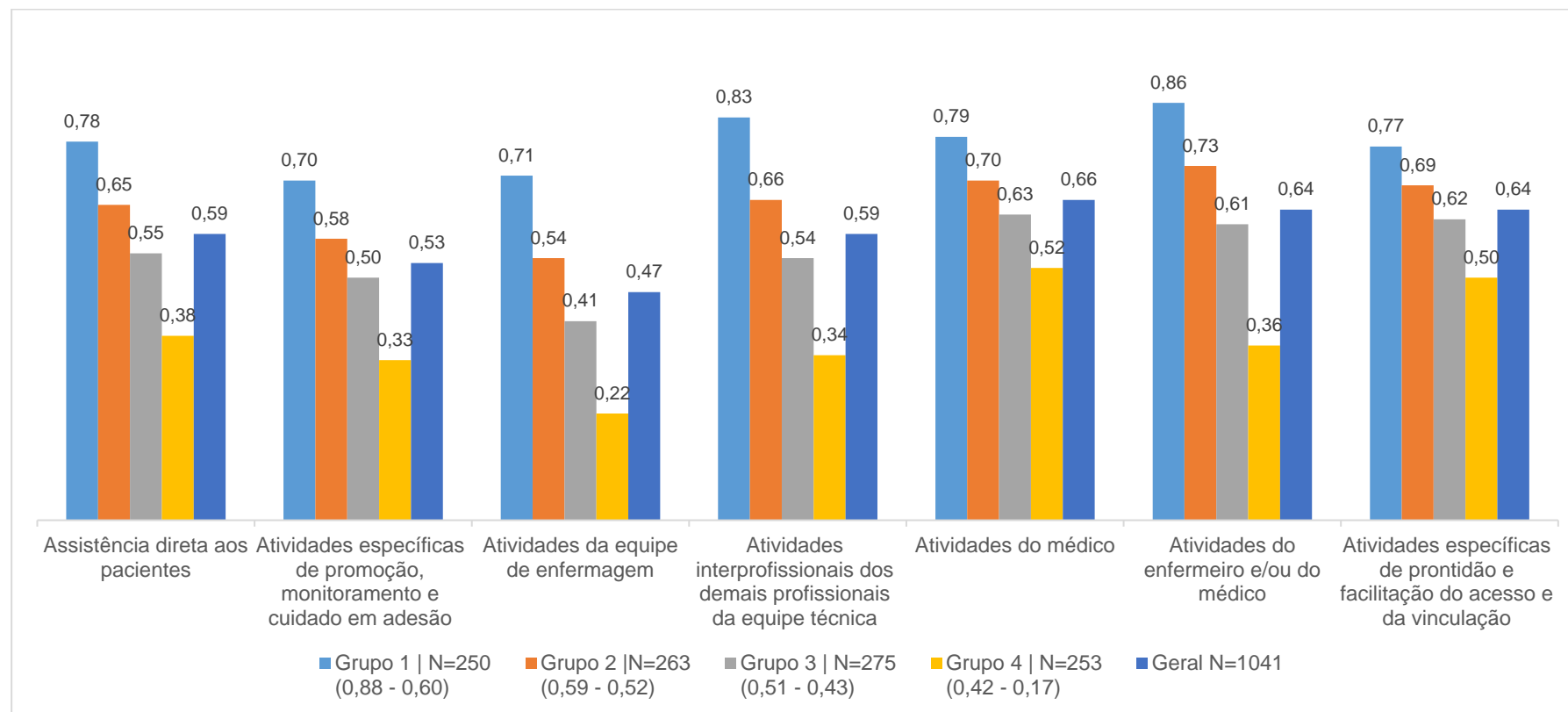


Figura 7 – Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Gerência da assistência’ e nos três subdomínios componentes. Qualiaids, 2017 (N=1041)

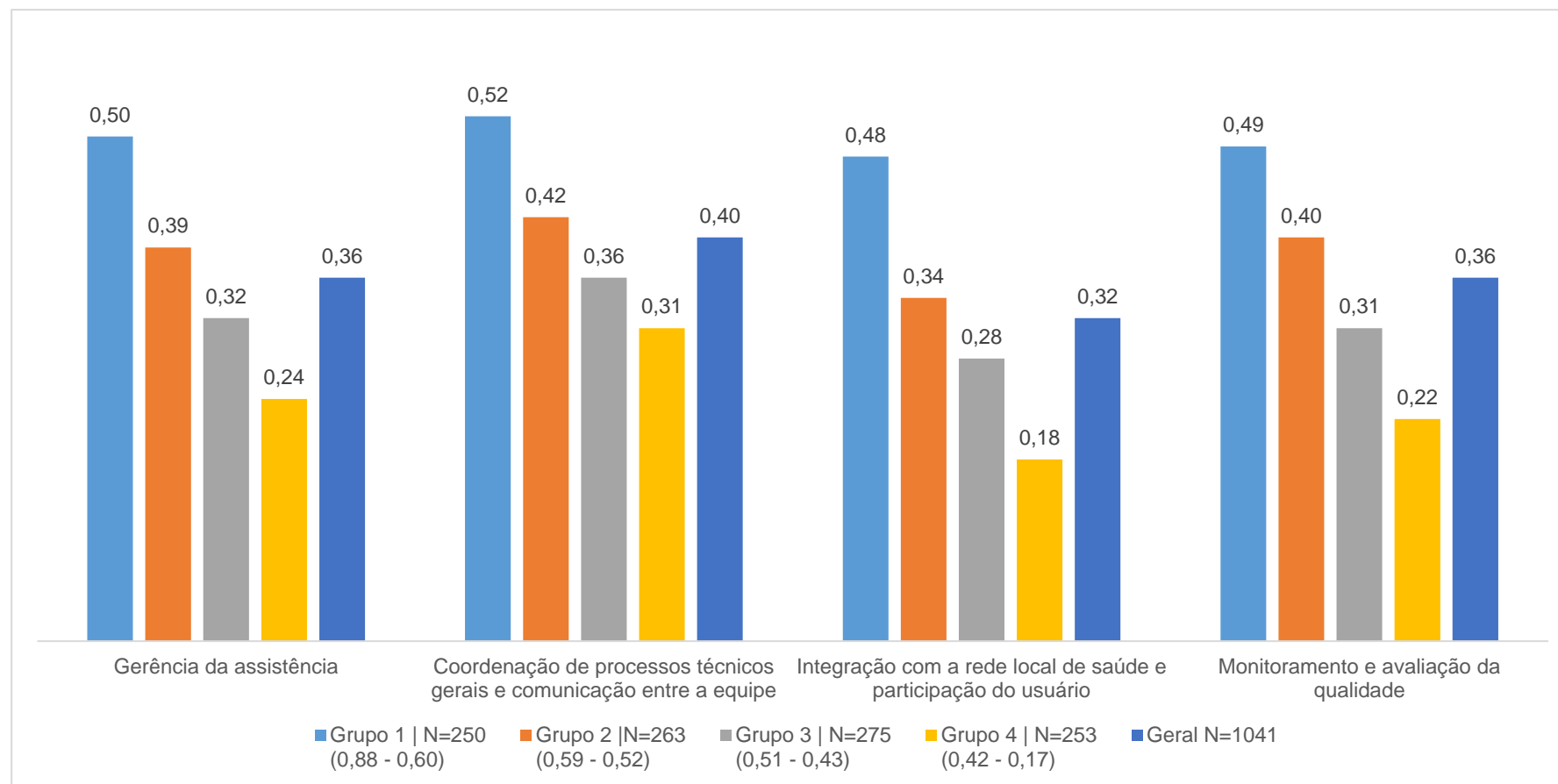
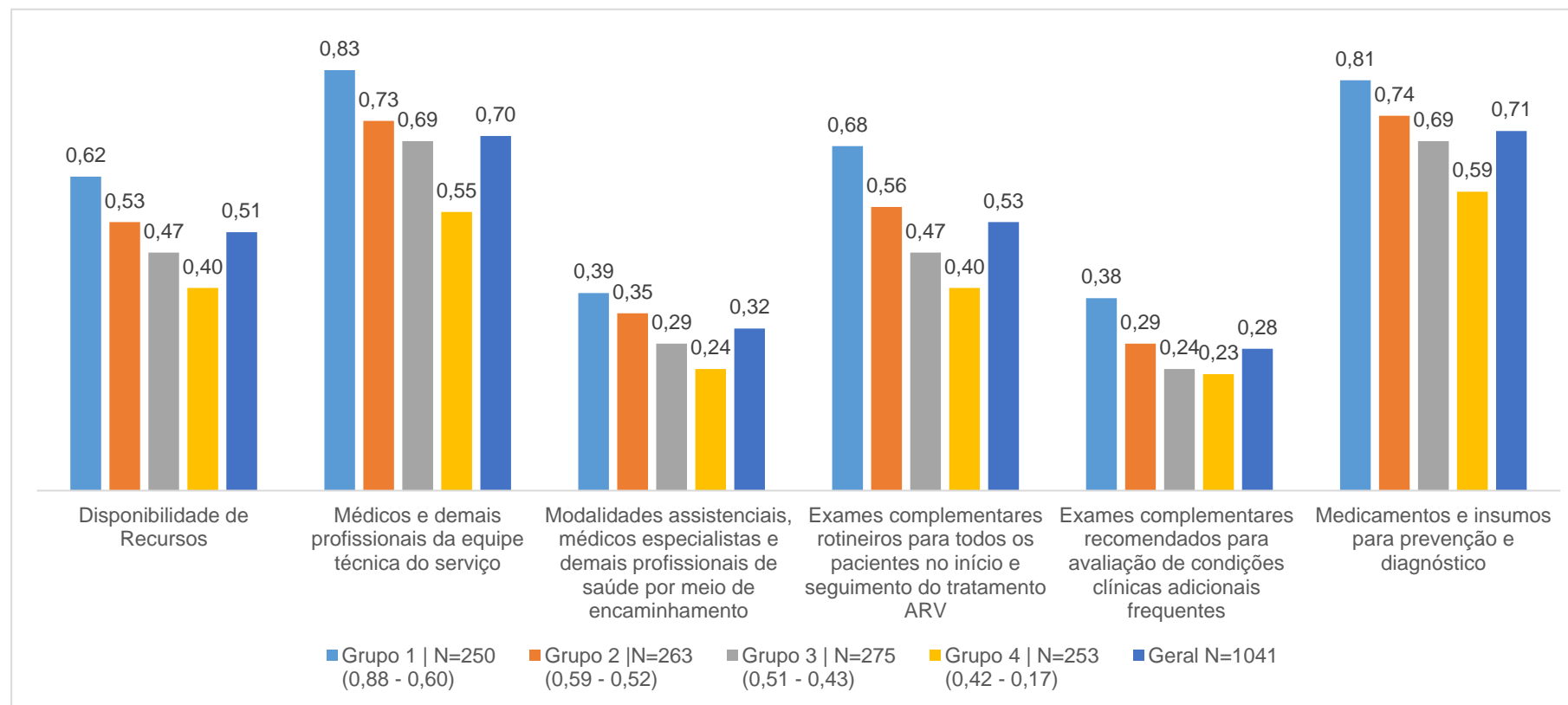


Figura 8 – Desempenho dos quatro grupos no domínio de ‘Disponibilidade de recursos’ e nos cinco subdomínios componentes. Qualiaids, 2017 (N=1041)



4.2 Perfil do acompanhamento das pessoas com infecção por HIV no Brasil

A partir do relacionamento entre a base de dados dos serviços que responderam ao inquérito Qualiaids e a base resultante do relacionamento probabilístico entre os bancos do Siclom, Siscel, SINAN e SIM, foi construída a base de dados 'Coorte Qualiaids-BR', que tem informações de todas as pessoas que iniciaram TARV entre 2015 e 2018 no Brasil e informações relacionadas aos serviços onde as mesmas realizam seu acompanhamento clínico laboratorial da infecção pelo HIV. A partir desta base, foi possível estimar a proporção de pessoas que iniciaram TARV no período e que são acompanhadas pelo SUS e pelo Sistema Privado. Para a estimativa, foi usado o número de exames de CV solicitados por serviços SUS, conforme descrito no item Método 3.2.2.

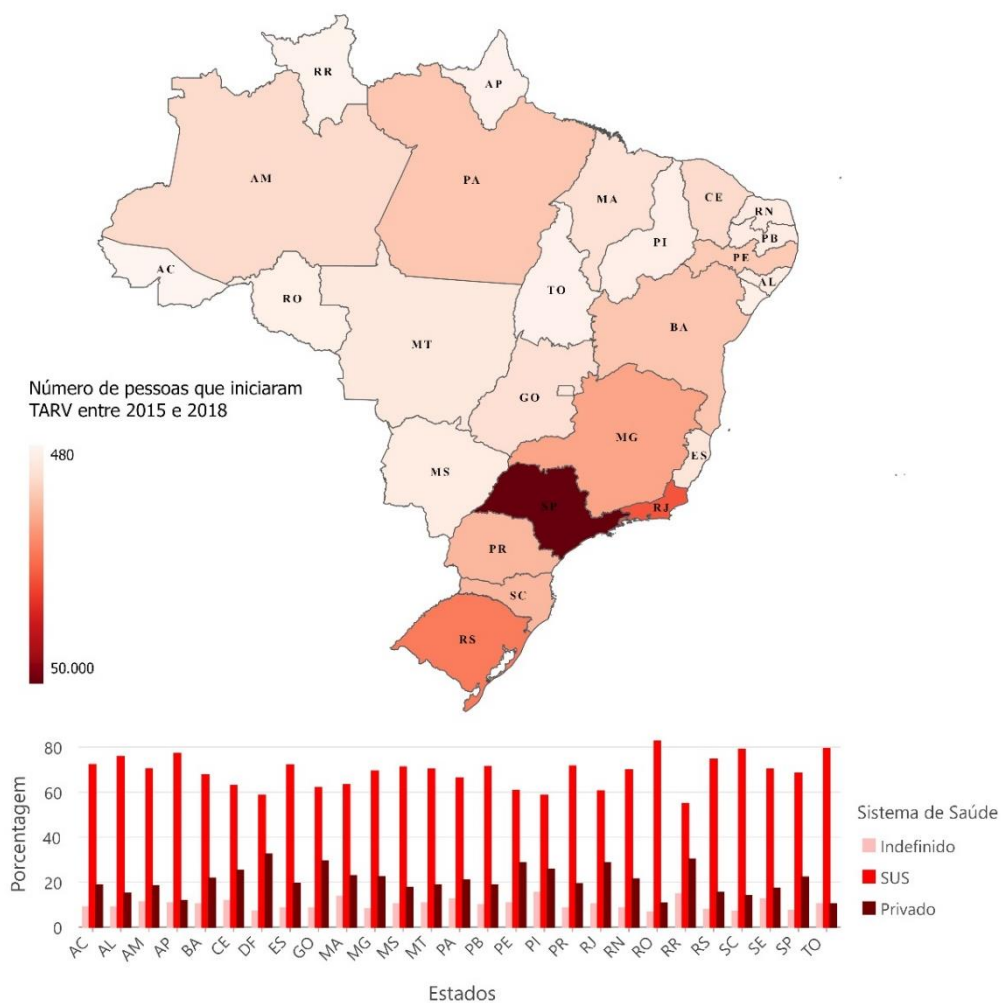
Sistema de acompanhamento clínico-laboratorial

No período analisado, 238.599 pessoas com 15 anos ou mais iniciaram TARV no Brasil. Destas, 164.667 (69,0%) tiveram acompanhamento clínico-laboratorial em serviços do SUS e 51.879 (21,7%) foram acompanhadas em serviços privados. Não foi possível atribuir o sistema predominante de acompanhamento para 22.053 (9,3%) pessoas. Entre as pessoas acompanhadas no SUS, 132.086 (80,2%) tiveram todos os exames solicitados pelo mesmo serviço e 32.581 (19,8%) tiveram exames solicitados por mais de um serviço.

Apesar do número absoluto de pessoas estar concentrado nas regiões sudeste (SP [50.120 pessoas]; RJ [27.898]; MG [16.266]; ES [4.878]) e sul (RS [22.402]; SC [13.278]; PR [13.342]), a proporção de pessoas acompanhadas em serviços do SUS variou entre os estados, com as maiores proporções em Rondônia (RO [82,4%]) e Tocantins (TO [80,2%]) e as menores proporções em Roraima (RR [59,7%]) e Distrito Federal (DF [58,8%]). A **Figura 9** apresenta a distribuição segundo os estados.

Figura 9 - Distribuição das pessoas com 15 anos ou mais que iniciaram TARV entre 2015 e 2018, segundo tipo de sistema onde recebem assistência para o HIV. Coorte Qualiaids-BR 2021.

Tipologia dos serviços do SUS de acompanhamento clínico-laboratorial



No período, 1.302 serviços do SUS acompanharam pessoas com 15 anos ou mais em início de TARV. Quando foram confrontados os cadastros fornecidos pelo Ministério da Saúde em 2016, que foram utilizados para realização do inquérito Qualiaids, com os serviços cadastrados no Siscel (utilizados para fazer o relacionamento entre o banco do inquérito Qualiaids e o banco do relacionamento probabilístico), encontramos 239 serviços que não estavam no Cadastro Qualiaids. Destes, 93 são serviços do Sistema Prisional, que não participam do inquérito; 103 serviços são do município de Curitiba e 19 do Rio de Janeiro, ambos municípios que estavam em fase de expansão de suas redes. Entre os outros 24 serviços que não apareceram no cadastro Qualiaids, todos tiveram até 100 pessoas que iniciaram TARV no período. Os 122 serviços do Rio de Janeiro e Curitiba que não estavam no Cadastro Qualiaids foram considerados novos serviços. Para os outros 24 que estavam na coorte, mas não estavam no cadastro, não foi possível definir se eram novos serviços ou se não haviam sido cadastrados para participar do inquérito Qualiaids.

Além disso, encontramos 96 serviços que participaram do inquérito Qualiaids e não tiveram nenhum paciente elegível para a coorte das pessoas que iniciaram TARV entre 2015 e 2018. Destes, 20 serviços declararam no inquérito Qualiaids que atendiam até 10 pessoas, 41 atendiam entre 11 e 100 pessoas, 18 atendiam mais de 100 pessoas e 15 não informaram o número de pessoas em acompanhamento, apesar de terem respondido ao questionário.

Entre todos os serviços que responderam o Qualiaids ou solicitaram algum exame de CV no período, tiveram o tipo organizativo classificado por autorrelato no inquérito Qualiaids 1041 (79,5%) serviços. Outros 261 (21,5%) serviços foram classificados segundo o nome, dos quais 93 (7,1%) eram serviços do sistema prisional. Não foi possível classificar 53 (4,1%) serviços, pois os termos presentes no nome são: Núcleo de Apoio à Saúde, Unidade De Vigilância Epidemiológica, 'Fundação', Regional de Saúde, Associação, Casa de apoio, Departamento de Ações de Saúde, Diretoria Regional de Saúde e Consórcio Intermunicipal.

Entre as pessoas acompanhadas no SUS, 161.854 (98,2%) foram acompanhadas em 1.156 (88,8%) serviços do tipo ambulatorio ou atenção básica. Outras 1.718 (1,0%) foram acompanhadas em 93 (7,1%) serviços do sistema prisional, 431 (0,2%) foram acompanhadas em 53 (4,0%) serviços para os quais não foi possível definir o tipo. Entre as pessoas maiores de 15 anos que iniciaram TARV entre 2015 e 2018, 664 (0,04%) foram vinculadas apenas a serviços de internação hospitalar.

Os serviços do tipo Ambulatório acompanharam 153.699 (93,4%) pessoas em 769 (59,1%) serviços; 8.155 (5,0%) pessoas foram acompanhadas em 387 (29,7%) serviços de Atenção Básica (Tabela 8). Entre os serviços do tipo atenção básica, 190 (49,1%) tiveram menos de 10 pessoas em início de TARV no período estudado, e outros 162 (41,9%) tiveram até 50 pessoas que iniciaram TARV. Os serviços do tipo Ambulatório atendem um volume maior de pessoas: 55,2% (461) tiveram entre 51 e 500 pessoas.

Tabela 8 – Distribuição dos diferentes tipos de serviços do SUS que fazem acompanhamento para o HIV segundo número de pessoas maiores de 15 anos que iniciaram TARV entre 2015 e 2018. Coorte Qualiaids-BR, 2021

Número de pessoas que iniciaram TARV	Ambulatório				Atenção básica			
	pessoas		serviços		Pessoas		serviços	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 10	250	0,2	45	5,9	1006	12,3	190	49,1
De 11 a 50	5532	3,6	178	23,1	3169	38,9	162	41,9
De 51 a 100	12615	8,2	170	22,1	1400	17,2	19	4,9
De 101 a 500	65148	42,4	291	37,8	2580	31,6	16	4,1
De 501 a 1.000	45358	29,5	69	9,0				
Mais de 1.000	24796	16,1	16	2,1				
Total	153699	100,0	769	100,0	8155	100,0	387	100,0

4.3 Os novos serviços

A avaliação Qualiaids foi conduzida em 2016 nos estados de Mato Grosso, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul e, em 2017, nos demais estados, por meio de inquérito online respondido pelos gerentes e equipes dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam a infecção pelo HIV no Brasil.

O DCCI do Ministério da Saúde convidou todos os serviços do SUS que prescrevem medicamentos antirretrovirais e acompanham pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial para responderem o Questionário Qualiaids, e as Coordenações Estaduais de DST/aids cadastraram os serviços que não haviam participado dos inquéritos Qualiaids anteriores. Para responder ao questionário cada serviço acessou, por meio de login e senha, o link da avaliação no site do DIAHV¹¹ (www.qualiaids.fm.usp.br).

¹¹ Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/default.asp>

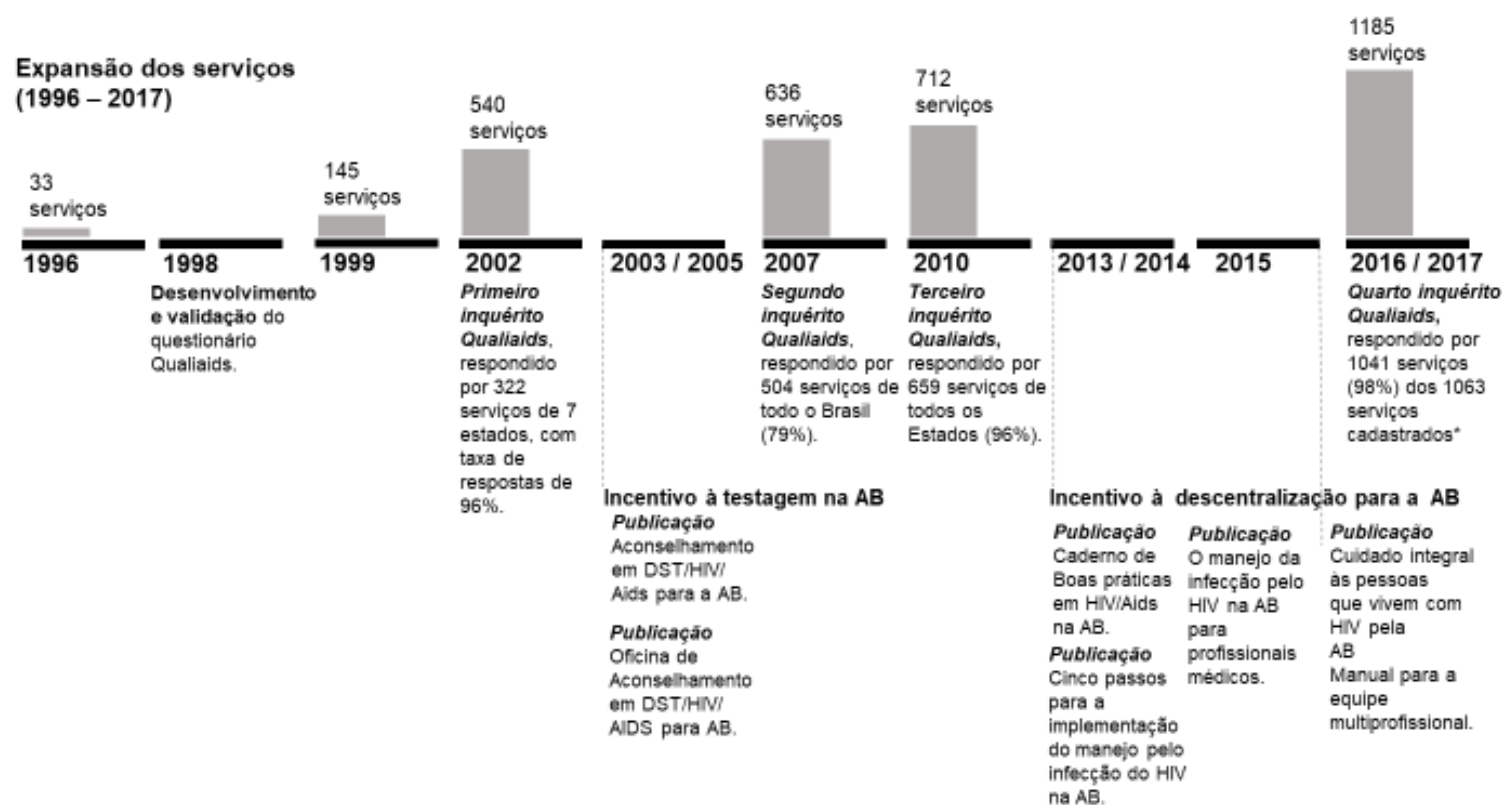
A adesão dos serviços à Avaliação Qualiaids foi alta e em apenas três estados (RJ e RS, PR) a taxa de respostas não foi de 100% dos serviços cadastrados. No Rio de Janeiro e no Paraná houve discrepância entre o número de serviços cadastrados para responder ao Inquérito Qualiaids e o número de serviços que solicitaram exames de CV para as pessoas que iniciaram TARV entre 2015 e 2018: no Paraná não foram cadastrados 103 serviços do município de Curitiba; e no Rio de Janeiro não foram cadastrados 19 serviços, também da capital. Optou-se por considerar todos estes como serviços implantados a partir de 2010, independentemente do número de pessoas acompanhadas, pois ambos os municípios tinham uma política de expansão de serviços vigente a partir de 2013.

Foi possível caracterizar estes serviços pois todos tiveram pessoas em início de terapia antirretroviral entre 2015 e 2018, conforme foi verificado no banco “Coorte Qualiaids-BR”, que reúne as informações das pessoas que iniciaram tratamento antirretroviral entre 2015 e 2018, e as informações dos serviços que solicitam Carga Viral pelo SUS. Entre a realização dos dois inquéritos Qualiaids foi registrado um aumento de 473 serviços, o que corresponde a uma expansão de 66,4% da rede já instalada em 2010 (Figura 10).

Os serviços instalados a partir de 2010 foram agrupados entre serviços do tipo ambulatorio e serviços de atenção básica, de acordo com sua resposta no questionário Qualiaids, ou baseado em classificação a partir dos termos encontrados no nome, conforme descrito no item 3.2.2 do método (Quadro 5).

Entre os serviços implantados a partir de 2010, 137 (29,0) são serviços do tipo ambulatorio e 336 (71,0%) são do tipo atenção básica. Entre as 164.667 pessoas que iniciaram TARV no SUS no período deste estudo, 16.310 (9,9%) o fizeram em algum serviço implantado a partir de 2010. Destas, 11.514 (70,6%) iniciaram seguimento em serviços do tipo ambulatorio e 4.796 (29,4%) em serviços de AB.

Figura 10 - Linha do tempo da expansão da rede de serviços que prestam assistência em HIV, realização dos inquéritos Quallaids e publicações sobre o diagnóstico e cuidado às pessoas que vivem com HIV nos serviços de Atenção Básica.



*não foram cadastrados para responder ao questionário 122 serviços que solicitaram exames de carga viral entre 2015-2018. Os motivos para o não cadastramento são desconhecidos.

A expansão dos serviços não é homogênea nem entre as regiões, nem entre os estados (Tabela 9). Na região Centro-Oeste há sete serviços novos, três no estado de Goiás, três em Mato Grosso e um no Mato Grosso do Sul. A região Norte também apresenta expansão menor quando comparada às outras regiões, com 21 novos serviços distribuídos entre Amazonas (8), Pará (9), Rondônia (2) e Roraima (2). A região Sul tem 150 novos serviços, com 24 novos serviços em Santa Catarina, 22 no Rio Grande do Sul e 104 no Paraná. O Nordeste tem 56 novos serviços distribuídos de forma heterogênea entre os estados que compõem a região, com expansão acentuada em Pernambuco (22), Bahia (15) e Ceará (10) e, em menor número, no Maranhão (4), na Paraíba (2) e Alagoas, Piauí e Rio Grande do Norte com um serviço novo em cada estado. A região Sudeste apresenta a maior expansão, com 239 novos serviços, dos quais 220 são no estado do Rio de Janeiro. Em Minas Gerais foram 13 novos serviços e no Espírito Santo e em São Paulo três serviços em cada. Distrito Federal, Sergipe, Acre, Amapá e Tocantins não registraram nenhum novo serviço. Entre os 22 estados que registraram novos serviços, 15 deles implantaram até 10 serviços no período (GO [3], MS [1], MT [3], AL [1], CE [10], MA [4], PB [2], RN [1], PI [1], AM [8], PA [9], RR [2], RO [2], ES [3] e SP [3]). Nos outros sete estados que implantaram mais de 10 serviços, a variação é bastante heterogênea: MG (13), BA (15), PE (22), RS (22), SC (24), PR (104) e RJ (220).

Tabela 9 - Número total de serviços em 2017, número de serviços cadastrados em 2010 e 2017, e aumento proporcional de serviços no período. (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

Região e Estado	Total de serviços implantados		Total de serviços em 2017	% de aumento de serviços (2010 - 2017)
	até 2010	depois de 2010		
Região Centro-Oeste	41	7	48	17,1
DF	10	0	10	0,0
GO	8	3	11	37,5
MS	11	1	12	9,1
MT	12	3	15	25,0
Região Nordeste	93	56	149	60,2
AL	3	1	4	33,3
BA	31	15	46	48,4
CE	15	10	25	66,7
MA	10	4	14	40,0
PB	7	2	9	28,6
PE	15	22	37	146,7
PI	6	1	7	16,7
RN	5	1	6	20,0
SE	1	0	1	0,0
Região Norte	37	21	58	56,8
AC	1	0	1	0,0
AM	8	8	16	100,0
AP	1	0	1	0,0
PA	13	9	22	69,2
RO	8	2	10	25,0
RR	1	2	3	200,0
TO	5	0	5	0,0
Região Sudeste	381	239	620	62,7
ES	18	3	21	16,7
MG	57	13	70	22,8
RJ	113	220	333	194,7
SP	193	3	196	1,6
Região Sul	160	150	310	93,8
PR	49	104	153	212,2
RS	55	22	77	40,0
SC	56	24	80	42,9
	712	473	1185	66,4

Fonte: Cadastro Qualiaids 2010 e 2017. Coorte Qualiaids-BR.

Entre os municípios de cada estado, a expansão também é diferente e pode ser caracterizada entre dois tipos: expansão da rede de serviços para municípios onde não havia serviços e expansão da rede de serviços em municípios onde já havia serviços. Até 2010 havia uma rede instalada de serviços que prestam assistência em HIV com 712 serviços, distribuídos em 522 municípios no Brasil. Entre a realização dos inquéritos Qualiaids 2010 e 2016/17, foram instalados 473 serviços novos em 124 municípios, dos quais 137 (29%) são serviços do tipo ambulatorio e 336 (71%) são do tipo AB. Entre os municípios que instalaram novos serviços, 107 não tinham este tipo de serviço em sua rede e em cada município foi instalado um serviço. Nos outros dezessete municípios que já tinham serviços, foram instalados 366 serviços: 103 em Curitiba (PR), 220 no Rio de Janeiro (RJ), 21 em Florianópolis (SC), 5 em Fortaleza (CE), 4 em Manaus (AM), 2 em Porto Alegre (RS), e, nos municípios de Mossoró (RN), Tabatinga (AM) Boa Vista (RR), Rio Grande (RS), Goiânia (GO), Cuiabá (MT), João Pessoa (PB), Belo Horizonte (MG), Salvador (BA), Recife (PE) e São Paulo (SP) foi implantado um serviço em cada município. Entre estes municípios, apenas três não são capitais administrativas: Mossoró (RN), Tabatinga (AM) e Rio Grande (RS), com um serviço instalado em cada.

A seguir, serão descritos os serviços que foram implantados em municípios onde não havia serviços e aqueles localizados nos municípios onde já havia rede instalada.

Novos serviços: expansão de rede serviços para municípios onde não havia serviços

A partir de 2010, foram implantados serviços que atendem pessoas que vivem com HIV em 124 municípios, dos quais 107 não tinham serviço de atendimento a pessoas que vivem com HIV instalado. Nos municípios onde não havia serviços, foram implantados 107 serviços, sendo um em cada municipalidade. No período analisado, 4.787 pessoas iniciaram TARV em algum destes serviços, dos quais 97 (90,7%) são do tipo ambulatorio e 10 (9,3%) são serviços de atenção básica que atendem pessoas vivendo com HIV (Tabela 10).

Tabela 10 - Regiões, estados e tipo de serviço segundo expansão dos serviços que tratam infecção pelo HIV em municípios que não tinham serviços. N=107, (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

Regiões/UF	Municípios			N pessoas que iniciaram TARV (2015-18)
	N	Amb	AB	
Região Centro-Oeste	5	5		556
GO	2	2		319
MS	1	1		123
MT	2	2		114
Região Nordeste	47	46	1	1840
AL	1	1		0
BA	14	14		123
CE	5	5		13
MA	4	4		195
PB	1	1		0
PE	21	20	1	1494
PI	1	1		15
Região Norte	15	14	1	654
AM	3	3		0
PA	9	9		472
RO	2	2		182
RR	1		1	0
Região Sudeste	17	16	1	569
ES	3	2	1	23
MG	12	12		494
SP	2	2		52
Região Sul	23	16	7	1168
PR	1	1		85
RS	19	12	7	1042
SC	3	3		41
Total Geral	107	97	10	4787

A região nordeste foi a que registrou maior expansão de serviços, com 47 serviços ao todo, sendo 1 serviço do tipo atenção básica e 46 do tipo ambulatorio. O Estado de Pernambuco registrou o maior número de serviços, com 21 ao todo, sendo um de atenção básica e 20 ambulatorios. Na Bahia, foram implantados 14 serviços do tipo Ambulatorio, no Ceará foram 5, no

Maranhão 4 e nos estados de Piauí, Alagoas e Paraíba foram registrados um serviço em cada estado, sendo que nos dois últimos não houve registro de nenhum paciente incluído na Coorte Qualiaids que iniciou TARV neste período. Na Região Sul, a expansão foi registrada em 23 municípios onde não havia serviços. Foram dezenove serviços no Rio Grande do Sul, sendo doze do tipo ambulatório e sete do tipo atenção básica. Em Santa Catarina, foram implantados 3 serviços do tipo ambulatório e no Paraná um. Na Região Sudeste, a expansão se deu em 17 municípios, sendo três no Espírito Santo (2 ambulatórios e um do tipo atenção básica), doze em Minas Gerais e dois em São Paulo (todos ambulatórios). Na região norte foram quatorze novos serviços do tipo ambulatório: Amazonas (3), PA (9) e RO (2); e um do tipo atenção básica (RR). Na região Centro-oeste foram cinco novos serviços do tipo ambulatório: GO (2), MT (1) e MS (2).

O perfil dos municípios onde foram instalados estes serviços é de municípios de pequeno porte, onde 86 (80,4%) tem até 100 mil habitantes e 18,7% (20) tem entre 100 e 400 mil habitantes. Apenas um dos municípios tem mais de 400 mil habitantes (Tabela 11).

Tabela 11 – População dos municípios onde não havia serviços de tratamento para infecção por HIV, e que implantaram serviços a partir de 2010. N=107, (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

População dos municípios	N	%
Até 50 mil habitantes	43	40,2
50.001 até 100mil habitantes	43	40,2
Maior que 100 mil e menor que 400 mil habitantes	20	18,7
Maior que 400 mil habitantes	1	0,9
Total	107	100,0

Novos serviços: expansão de rede serviços para municípios onde já havia serviços

Do total de novos serviços (473), 77,4% (366) foram implantados em 17 municípios onde já havia rede instalada (Tabela 12), dos quais 13 são capitais administrativas e todas têm mais de 400 mil habitantes. Nestes serviços, iniciaram TARV 11523 pessoas entre 2015 e 2018.

Tabela 12 - Regiões, estados e municípios, tipo de serviço segundo expansão dos serviços que tratam infecção pelo HIV em municípios onde havia rede instalada. N=17, (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

MUNICÍPIOS	serviços			pessoas que iniciaram TARV (2015 - 2018)		
	Amb	AB	total	Amb	AB	total
Região Centro-Oeste	2		2	1162		1162
Cuiabá (MT)	1		1	126		126
Goiânia (GO)	1		1	1036		1036
Região Nordeste	9		9	2549		2549
Mossoró (RN)	1		1	0		0
Fortaleza (CE)	5		5	1691		1691
João Pessoa (PB)	1		1	101		101
Recife (PE)	1		1	0		0
Salvador (BA)	1		1	757		757
Região Norte	4	2	6	986	0	986
Manaus (AM)	4		4	986		986
Tabatinga (AM)		1	1		0	0
Boa Vista (RR)		1	1		0	0
Região Sudeste	18	204	222	1256	3255	4511
Belo Horizonte (MG)	1		1	267		267
Rio de Janeiro (RJ)	16	204	220	453	3255	3708
São Paulo (SP)	1		1	536		536
Região Sul	7	120	127	1055	1260	2315
Porto Alegre (RS)	2		2	724		724
Rio Grande (RS)	1		1	98		98
Curitiba (PR)	1	102	103	122	1260	1382
Florianópolis (SC)	3	18	21	111	0	111
Total	40	326	366	7008	4515	11523

Entre os novos serviços instalados em municípios que já tinham rede instalada, 40 são do tipo ambulatorio (10,9%), nos quais 7008 (60,8%) pessoas iniciaram TARV no período, e 326 (39,2%) são do tipo atenção básica, onde 4515 (39,2%) pessoas iniciaram TARV. Foram registrados novos serviços do tipo atenção básica nas regiões norte (2), sudeste (204) e sul (120). Nos municípios de Boa Vista (RR), Tabatinga (AM) e Florianópolis (SC), os novos serviços do tipo atenção básica não registraram pessoas que iniciaram TARV no período.

Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, a nova rede implantada foi de serviços do tipo ambulatorio (11) em 6 capitais, Goiânia (1), Cuiabá (1), Fortaleza (5), João Pessoa (1), Recife (1) e Salvador (1), além de implantação de um serviço em Mossoró. Os serviços implantados em Mossoró e Recife, não tiveram nenhum paciente que iniciou TARV no período de 2015 – 2018.

Configuração administrativa e assistencial dos serviços implantados depois de 2010

No inquérito de 2016/2017, foram cadastrados no sistema Qualiaids 1063 serviços, dos quais 351 serviços são considerados novos, ou seja, foram implantados depois de 2010 e aparecem no cadastro pela primeira vez em 2017. Destes, 349 responderam ao inquérito até o final. Outros 122 serviços, sendo 103 do município de e 19 do Rio de Janeiro não foram cadastrados para responder ao inquérito. O conjunto total dos novos serviços foi descrito anteriormente quanto ao tipo de serviço, localização e número de pessoas em início de TARV.

A seguir, serão descritas as principais características dos 349 serviços implantados a partir de 2010 e que participaram do inquérito. Estes serviços serão descritos quanto às suas características institucionais e em relação à forma como organizam suas atividades assistenciais.

A maioria destes novos serviços está localizada em capitais (239, 68,4%) e é do tipo de Atenção Básica (219, 62,8%). Destes serviços, estão sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde 311 (89,1%). Esta distribuição, com maioria de serviços do tipo atenção básica em capitais, é expressiva devido aos municípios de Curitiba e Rio de Janeiro, que concentram, respectivamente, 103 e 204 serviços novos do tipo atenção básica.

Em relação ao porte, os serviços novos são, em sua maioria, pequenos, com 205 serviços que atendem até 50 pessoas e 65 serviços que atendem entre 51 e 100 pessoas; há quatro serviços que atendem mais de 500 pessoas (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos novos serviços segundo número de pessoas em acompanhamento, conforme resposta ao inquérito Qualiaids e número de pessoas que iniciaram TARV. N=349. (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

Número de pessoas em TARV (inquérito Qualiaids)	n	%
até 10 pessoas	56	16,0
de 11 a 50 pessoas	149	42,7
de 51 a 100 pessoas	65	18,6
de 101 a 500 pessoas	48	13,8
mais de 500 pessoas	4	1,1
não informado	27	7,7
Número de pessoas que iniciaram TARV entre 2015-2018 (Coorte Qualiaids-BR)		
até 10 pessoas	155	44,5
de 11 a 50 pessoas	135	38,7
de 51 a 100 pessoas	35	10,0
de 101 a 500 pessoas	19	5,4
mais de 500 pessoas	5	1,4
Total	349	100,0

Em relação aos atendimentos realizados e ao indicador ‘Capacidade de diversificar a oferta de atendimento’, a média para os novos serviços foi de 0,49. A maioria dos serviços (83,4%) atende pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 79,9% está organizado para realizar atendimentos “extras”, ou a pacientes não agendados. Realizam atendimentos para PEP 64,8% dos serviços (Quadro 6).

Quadro 6 – Proporção dos serviços implantados a partir de 2010 segundo indicadores que compõem a ‘Capacidade de diversificar a oferta de atendimento’ N=349. (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

Atividades	N	%
O serviço realiza atendimentos médicos de pessoas com HIV/aids “extras” ou não agendados	279	79,9
O serviço atende pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis (IST)	291	83,4
O serviço faz Profilaxia Pós-Exposição (PEP)	226	64,8
O serviço realiza tratamento para Hepatite C e B (para pessoas mono infectadas ou co infectadas)	204	58,5
O serviço é referência secundária ou terciária para atendimento de Tuberculose	8	2,3
O serviço tem encaminhamento para consulta com ginecologista em até 7 dias	99	28,4
O serviço tem encaminhamento para consulta com psiquiatra em até 15 dias	135	38,7
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal contratada de infectologista	75	21,5
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal de médicos residentes	80	22,9
O serviço atende pessoas com infecção por HIV e infecção por tuberculose sensível	241	69,1

Apenas 8 serviços são referência secundária ou terciária para atendimento de tuberculose sensível, e 21,5% tem pelo menos uma hora contratada de médico infectologista.

Tabela 14 - Proporção dos serviços de atenção básica (AB) e ambulatoriais (Amb) implantados a partir de 2010, segundo indicadores que compõem a 'Capacidade de diversificar a oferta de atendimento' N=349. (Qualiaids, 2017 e coorte Qualiaids-BR 2021).

Tipos de atendimentos	Amb (N=130)		AB (N=219)	
	n	%	n	%
O serviço é referência secundária ou terciária para atendimento de Tuberculose	4	0,03	4	0,02
O serviço atende pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis (IST)	96	0,74	195	0,89
O serviço faz Profilaxia Pós-Exposição (PEP)	61	0,47	165	0,75
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal de médico residente	24	0,18	56	0,26
O serviço realiza atendimentos médicos de pessoas com HIV/aids "extras" ou não agendados	119	0,92	160	0,73
O serviço realiza tratamento para Hepatite C e B (para pessoas monoinfectadas ou coinfectadas)	84	0,65	120	0,55
O serviço possui pelo menos 1 hora semanal contratada de infectologista	71	0,55	4	0,02
O serviço tem encaminhamento para consulta com psiquiatra em até 15 dias	50	0,38	85	0,39
O serviço tem encaminhamento para consulta com ginecologista em até 7 dias	39	0,30	60	0,27
O serviço atende pessoas com infecção por HIV e infecção por tuberculose sensível	85	0,65	156	0,71
Média da Capacidade de diversificar a oferta de atendimento		0,49		0,46

PARTE III

5. Discussão

A assistência em HIV no Brasil se estabeleceu com base no reconhecimento do acesso à saúde como um direito de todos os cidadãos, no mesmo movimento que resultou, anos mais tarde, na criação do SUS, em 1988 (BRASIL, 1988, NEMES et al., 2016; 2016b, VILARINHO, 2013).

A rede de serviços foi ampliando-se ao longo destes anos, com expressivo aumento de serviços a partir de 1996, e entre 2010 e 2017. Atualmente, 1.302 serviços do SUS (segundo cadastro do inquérito Qualiaids e serviços que solicitaram exames de CV) fazem a dispensação de tratamento antirretroviral para todas as pessoas em uso de ARV no Brasil. A localização destes serviços acompanha a distribuição dos casos: os dados do Boletim Epidemiológico de 2021 mostram que os casos de aids no Brasil registrados no período de 1980-2017 se distribuem majoritariamente nas regiões Sudeste (52,3%) e Sul (20,0%), seguidos das regiões Nordeste (15,5%), Norte (6,2%) e Centro-Oeste (6,0%). A localização dos serviços também acompanha a mesma distribuição: Sudeste (55,9%), Sul (19,8%), Nordeste (14,3%), Norte (5,6%) e Centro-Oeste (4,4%).

Esta rede é extensa e heterogênea: os serviços são do tipo ambulatorio, atenção primária à saúde e serviços do sistema prisional, instalados em diversos tipos de unidades de atendimentos: ambulatorios exclusivos de assistência para infecção pelo HIV, ambulatorios de especialidades, ambulatorios inseridos em grandes hospitais e em hospitais-escola,

ambulatórios inseridos em unidades básicas de saúde, postos de saúde, além de serviços inseridos em unidades prisionais. Há heterogeneidade também em relação ao porte dos serviços, com serviços muito pequenos e serviços que atendem mais de 1000 pessoas, localizados em todas as regiões e em todos os estados.

Este estudo utilizou dados do inquérito Qualiaids e da Coorte Qualiaids-BR para caracterizar a rede de serviços e estimar a proporção das pessoas que fazem seu acompanhamento nos sistemas SUS e privado. Os dados clínicos laboratoriais das pessoas incluídas na coorte permitiram estimar que, para além de manter uma extensa rede de fornecimento gratuito de medicação antirretroviral para todas as pessoas que convivem com HIV com prescrição médica, as equipes dos serviços do SUS são responsáveis pelo seguimento clínico da maioria. A proporção estimada de 69,0% pode ser menor do que a real, considerando que o período de observação foi de apenas quatro anos, não permitindo a atribuição de 9% das pessoas incluídas. Ressalte-se ainda que o “tamanho” do SUS - e do sistema privado - é, evidentemente, muito maior. Essa estimativa baseou-se apenas na incidência de novos casos que iniciaram o tratamento entre 2015 e 2018, o que desconsidera os casos já acompanhados e subestima a proporção de pessoas no sistema (ALVES et al, [em publicação]). Ambos os sistemas acompanham hoje um total de cerca de 766 mil pessoas (BRASIL, 2021).

Em 2017, 1041 serviços do SUS de atendimento para HIV participaram do quarto inquérito Qualiaids. A análise das respostas mostrou que, em relação

à avaliação dos 187 indicadores da qualidade da assistência reunidos nos três domínios, os serviços alcançam melhor desempenho nas ações que formam o conjunto das atividades assistenciais, com destaque para as atividades que compõem o atendimento do médico e as atividades realizadas pela equipe de enfermagem. O conjunto das atividades específicas de prontidão e facilitação do acesso e da vinculação também tiveram bom desempenho.

Conforme já apontado em outras publicações do grupo de pesquisas Qualiaids (NEMES et al., 2013; LOCH et al, 2018), há alta disponibilidade de recursos que dependem de provisão federal, como os medicamentos antirretrovirais, insumos para prevenção e diagnóstico e exames de seguimento (CD4 e Carga Viral); porém, grande parte dos serviços têm dificuldade de acesso a médicos especialistas e exames complementares, modalidades estas que dependem da provisão de estados e municípios e de articulações regionais. Ainda em relação aos recursos, 29,3% dos respondentes declaram não ter profissional assistente social na equipe e 19,4% relatam não ter psicólogo. Entre os que têm estes profissionais na equipe, 53,5% declaram ter número suficiente de assistentes sociais para atender a demanda e 60,3% têm disponível número suficiente de profissionais psicólogos.

As ações e atividades relativas à gerência do serviço, como realização periódica de reuniões técnicas com participação ampliada da equipe multiprofissional e utilização de diferentes tipos de dados baseados em pesquisas e na própria produção ambulatorial do serviço para realização de

atividades de monitoramento são relatadas por pouco serviços. Este é o domínio com o pior desempenho entre os três avaliados e entre seus três subdomínios componentes. São escassas as atividades de supervisão, avaliação e monitoramento da assistência que exigem, no mínimo, a análise dos registros contínuos de rotina: clínicos e epidemiológicos das pessoas e de produção dos atendimentos.

Além dos sistemas de registro dos diagnósticos, comum a todos os agravos de notificação, a assistência em HIV conta com sistemas de registro de medicação de TARV dispensada e de exames laboratoriais específicos. Apenas 43,6% dos serviços relatam que utilizaram o Siclom para informar o número de pessoas em TARV. Estes sistemas nacionais são, evidentemente, alimentados pelos próprios serviços, muito dos quais, entretanto, não os utilizam para monitoramento e reorganização da assistência (NEMES et al, 2004; NUNES et al, 2018).

A constatação dessas dificuldades gerenciais levou a gestão federal do programa de HIV a desenvolver um sistema que relaciona os dados entre os sistemas de dispensa de medicação e de exames laboratoriais, o sistema de monitoramento clínico (SIMC), que é atualizado mensalmente. Desde 2019 cada serviço acessa pelo sistema as listas de pessoas: vinculadas ao serviço que já fizeram exame de CD4 mas nunca iniciaram TARV; em TARV há mais de 6 meses cuja carga viral está detectável; e em abandono de TARV (atraso de dispensa de TARV > 100 dias). Segundo relatos de gestores estaduais, a utilização do SIMC foi lenta e/ou insuficiente. Não há estudos ou relatório

públicos sobre este processo, à exceção do estado de São Paulo: em 2019, os serviços registraram no SIMC a análise de apenas cerca de 10% dos casos listados (LOCH et al., 2020). Ainda que esta análise esteja restrita ao estado de São Paulo, é possível que a utilização nos outros estados siga o mesmo padrão.

Houve pouca variação em relação aos inquéritos anteriores (2002, 2007, 2010 e 2017) no que diz respeito ao desempenho avaliado, segundo a média geral e nos três subdomínios. Quando comparamos o desempenho entre as médias alcançadas por questão e então agrupadas por domínios, é possível observar que o domínio de 'gerência da assistência' é sempre o pior avaliado entre os diferentes inquéritos. Aqui é importante fazer dois destaques: (1) a comparação, neste caso foi feita entre as médias alcançadas por questões e não em relação aos 187 indicadores avaliados; e (2) parte da redução nas médias de 2017 deve-se à atualização do questionário que resultou em maior exigência para alcance de vários padrões esperados. Ainda assim, nos quatro inquéritos, as piores médias são sempre do domínio de gerência (Anexo II)

Entre os dois últimos inquéritos, houve aumento de 351 serviços cadastrados para responderem ao questionário. Além disso, mais 122 serviços dos municípios de Curitiba (PR) e Rio de Janeiro (RJ) não foram cadastrados, totalizando 473 serviços implantados a partir de 2010 (Figura 10). A expansão dos serviços foi caracterizada de acordo com o município onde ocorreu: municípios onde já havia uma rede de assistência às PVHIV instalada e municípios onde ainda não havia rede instalada.

Entre os municípios que não possuíam uma rede implantada, predominou o tipo de serviço 'ambulatório', que foi implantado em 97 (90,7%) municípios; e em apenas 10 (9,3%) municípios foram implantados serviços do tipo 'atenção básica'. Já entre os municípios que expandiram suas redes, a situação da implantação é inversa: foram 40 (10,9%) serviços do tipo 'ambulatório' e 326 (89,1%) do tipo 'atenção básica'. Entre os municípios que implantaram serviços do tipo 'atenção básica', podemos destacar o Rio de Janeiro (204 serviços), Curitiba (102 serviços) e Florianópolis (18 serviços).

O acompanhamento da TARV em serviços de atenção básica é, como em todas as demais implantações de serviços do SUS, de competência municipal. As gestões federal e estadual podem, apenas, estimulá-la ou não. Assim, embora gestões federais a tenham eventualmente recomendado, a partir de 2013 a gestão federal incentivou-a explicitamente (Figura 10) por meio de normativas e programas de apoio técnico (BRASIL, 2013; 2014; 2015; MELO et al, 2018). Este movimento parece ter estimulado a implantação do acompanhamento da TARV em serviços de atenção básica em alguns municípios do país, porém, foi mais explícito nestes três municípios que, possivelmente, incluíram atendimento e seguimento às pessoas com infecção pelo HIV na quase totalidade de sua rede de serviços da atenção básica (MELO et al; 2018; 2021; PINTO et al., 2019; BENGHI, 2017, COLAÇO et al, 2019, COELHO & MEIRELLES, 2018, SMS/RJ, 2016).

A expansão de serviços observada alterou a proporção entre serviços de atenção básica que acompanham pessoas vivendo com HIV que, agora,

correspondem a 29,7% de todos os serviços. Estudos têm apontado que as estratégias de descentralização do cuidado em HIV, principalmente em países pobres, podem ser positivas para aumentar o acesso da população a este tipo de atendimento (KREDO et al, 2014); e também podem auxiliar o acesso em locais onde há diminuição na oferta de médicos que atendem pessoas vivendo com HIV (WIJESINGHE et al, 2020). Por outro lado, há estudos que sugerem que o cuidado compartilhado das pessoas que vivem com HIV entre um serviço especializado e um médico de família, ou generalista, podem apresentar melhores desfechos clínicos (MADARAS, et al, 2018), e que, profissionais da AB entendem que, mediante treinamento, poderiam realizar o cuidado compartilhado destas pessoas (RAI et al, 2019; WIJESINGHE et al, 2020; STEWART et al, 2020). Porém, no caso do atendimento em serviços de AB, há preocupações em relação ao sigilo e principalmente ao estigma que as pessoas possam experimentar nos serviços (ZAMBEDETTI, 2015; 2016; RAI et al, 2019). Outro destaque é que o tipo “atenção básica à saúde” inclui serviços que, em sua maioria, atendem um pequeno volume de pessoas e, embora relativamente numerosos, estes serviços acompanham apenas uma proporção de menos de 5% de pessoas que iniciaram TARV.

6. Conclusões

A análise integrada de dados dos registros clínicos das pessoas com HIV e dados da organização dos serviços que as acompanham clinicamente, permitiu a produção de dois resultados inéditos: estimar diretamente o papel relativo dos serviços do SUS e dos serviços privados no acompanhamento

clínico-laboratorial do tratamento da infecção por HIV; estimar diretamente o papel relativo dos tipos de organização assistencial dos serviços do SUS. Os serviços do SUS dispensam medicamentos antirretrovirais para todas as pessoas vivendo com HIV residentes no Brasil e constituem também o local de acompanhamento clínico-laboratorial da maioria das pessoas.

A extensa e heterogênea rede de serviços do SUS é formada, majoritariamente, por serviços de modalidade ambulatorial que acompanham a grande maioria das PVHIV. Pouco menos da metade das pessoas são acompanhadas em serviços de grande porte, ou seja, que atendem mais de 500 pessoas. Os estímulos à expansão do tratamento para a atenção básica, reforçados no início da década de 2010, repercutiram de modo concentrado em algumas capitais, redundando em proporção muito pequena de pessoas acompanhadas no período estudado. O tema da implantação do acompanhamento do tratamento da infecção pelo HIV na atenção básica, embora bastante enfatizado em alguns ambientes de gestão do SUS, carece de estudos mais robustos e da utilização de métodos mistos que possam produzir subsídios racionais para as políticas de expansão de serviços.

O inquérito Qualiaids 2016/17 mostrou que o desempenho dos serviços permanece muito heterogêneo, especialmente nos domínios de 'Assistência' e de 'Gerência', enquanto a disponibilidade de recursos tem menor variação. Persiste ainda o baixo desempenho médio no domínio da gerência da assistência, que inclui todas as atividades de supervisão, avaliação e monitoramento da assistência. A insuficiência afeta, particularmente, a identificação e intervenção de pessoas perdidas do contínuo do cuidado,

principal determinante de desfechos negativos (LOCH et al. 2020, 2021; IKEDA, 2018).

Este estudo tem limites. A utilização do cadastro dos serviços que atendem pessoas vivendo com HIV no SUS mostrou que alguns dos serviços que já estavam recebendo pessoas em início de TARV - na mesma época em que o inquérito Qualiaids estava sendo realizado - não foram cadastrados para responder ao inquérito. É possível que isso tenha acontecido pois ambos os municípios que não cadastraram serviços (Curitiba e Rio de Janeiro) estavam em fase de expansão de suas redes para a Atenção Básica e, por isso, estes serviços não participaram da avaliação. Além destes, havia serviços que não eram destes municípios e também não estavam no cadastro. Foi possível identificá-los na base de dados da coorte Qualiaids-BR, uma vez que solicitaram exames de carga viral no período de abrangência do estudo.

Sobre os serviços que responderam ao questionário, quatro declaram não ter nenhum paciente à época do inquérito. Também identificamos quinze serviços que responderam ao inquérito e não tiveram pacientes em início de TARV entre 2015-2018 e nem solicitaram exame de carga viral no período.

Em uma pesquisa de abrangência nacional, como o inquérito Qualiaids, é possível controlar em parte o processo do cadastro, porém, dependemos também da articulação entre as secretarias municipais, estaduais e o programa nacional para que possamos ter no cadastro a totalidade dos serviços. É possível que, tanto no caso daqueles cadastrados que ainda não receberam pessoas, quanto dos que já estavam acompanhando pessoas e não foram cadastrados, pode ter ocorrido algum desencontro de tempo entre

a implantação efetiva e a inclusão no cadastro. Ainda assim, o trabalho com duas bases simultâneas (Inquérito Qualiaids e Coorte Qualiaids-BR) possibilitou a identificação e a descrição, segundo tipo de serviço e número de pessoas que iniciaram TARV, de 1.302 serviços do SUS.

As estimativas da proporção de pessoas acompanhadas no SUS e no sistema privado basearam-se apenas em pessoas de 15 anos ou mais que iniciaram tratamento entre 2015-2018. Embora o grupo represente a grande maioria dos casos novos nos serviços (nos quatro anos do período analisado, 281 mil pessoas tiveram pelo menos uma dispensa de TARV no Brasil [BRASIL, 2020], das quais 241.016 foram incluídas na coorte), é possível que as estimativas não correspondam às proporções exatas de pessoas em acompanhamento. Isto parece ser provável especialmente em serviços de grande porte mais antigos, que podem estar restringindo a inscrição de novas pessoas.

Também a divisão estrita do acompanhamento no sistema público ou privado ignora as pessoas que utilizam ambos os sistemas/serviços (mix público-privado) (CHERNKOVISKY, 2000), conforme já apontado em estudos brasileiros (SANTOS et al, 2008). Além disso, para uma pequena proporção dos serviços, a divisão ambulatório/atenção básica baseada apenas no nome do serviço pode não ter distinguido corretamente alguns serviços.

Em que pesem os limites, o estudo representa o primeiro retrato nacional da organização da assistência em HIV no Brasil e pode informar a gestão dos sistemas de saúde.

Finalmente, ressalte-se que este estudo só foi possível porque o SUS mantém um sistema nacional de registro contínuo das dispensas de medicamentos antirretrovirais para todas as pessoas acompanhadas no sistema público ou privado. Porém, os registros do exame de CV, padrão internacional para o acompanhamento do tratamento da infecção pelo HIV, se restringem aos que são acompanhados no sistema público. Os dados destes dois sistemas são sistematicamente relacionados com os sistemas de notificação e mortalidade, permitindo a divulgação de boletins epidemiológicos e relatórios de monitoramento clínico, sintetizados em painel de indicadores de acesso público desagregados por municípios (BRASIL, 2021).

Os sistemas privados não são submetidos a nenhuma normativa de transparência de dados, nem mesmo o da divulgação do número de PVHA atendidos, o que dificulta as estimativas de morbidade e acompanhamento.

7. Continuidade da linha de pesquisa Qualiaids

Ambos os estudos originais que produziram os dados desta análise estão em andamento. No estudo de coorte serão incluídas as pessoas que iniciaram tratamento para a infecção pelo HIV entre 2019 e 2021. A inclusão de dados de mais três anos deve melhorar a precisão da estimativa da proporção entre as pessoas que são acompanhadas no SUS e no sistema privado, possivelmente com a 'reclassificação' daquelas que ficaram no grupo 'sistema não definido' em alguns dos dois sistemas.

Também está em desenvolvimento uma nova versão do Qualiaids que, além das atualizações técnicas, inclui temas emergentes para a assistência

em HIV: a utilização e incorporação de recursos de telemedicina, impulsionados pela emergência da pandemia de Covid-19; a implantação em larga escala da PrEP; bem como a revalorização de temas já presentes, mas ainda pouco contemplados no questionário, como o estigma e discriminação nos serviços de saúde e a coinfeção com tuberculose. A necessidade de inclusão e/ou reforço desses temas é compartilhada pela equipe do DCCI e por gestores estaduais, com quem todos os inquéritos Qualiaids mantêm parceria. A atualização validada do questionário possibilitará reforçar sua abrangência e manter sua utilidade para as iniciativas de gestão ao aprimorar e tornar mais homogêneo o cuidado em saúde aos que vivem com HIV no Brasil.

8. Anexos

ANEXO I – Questionário Qualiaids

Sistema de Avaliação Qualiaids



Avaliação e monitoramento da qualidade organizacional dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil

Equipe Responsável:

Maria Ines Battistella Nemes e Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Novo Questionário Qualiaids

2017

Nome do serviço que atende pacientes com HIV/aids:

Nome da unidade de saúde na qual este serviço que atende pacientes com HIV/aids está inserido (caso não se aplique, informe novamente o nome anterior):

Outro nome pelo qual este serviço é conhecido (caso não se aplique, informe novamente o nome anterior):

CNPJ

CNES

Este serviço é UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos antirretrovirais)?

SIM NÃO

Município: Estado:

Endereço:

CEP: -

Responsável técnico pela assistência em HIV/aids do serviço:

Categoria profissional do responsável técnico pela assistência em HIV/aids do serviço:

Responsável pelo preenchimento do questionário:

Categoria profissional do responsável pelo preenchimento:

Telefone fixo: ()

()

Telefone celular:

Fax: () E-mail:

Preenchimento obrigatório.

D1 - Qual é o tipo de unidade de saúde na qual este serviço que atende pacientes com HIV/aids está inserido?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Ambulatório exclusivo de assistência especializada a pacientes com HIV/aids, DST e Hepatites Virais (SAE) ⁱ.
2. Ambulatório especializado em moléstias infecciosas ⁱⁱ
3. Ambulatório de assistência especializada a pacientes com HIV/aids, DST e Hepatites Virais inserido em um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) ⁱⁱⁱ
4. Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) ⁱⁱⁱ que acompanha pacientes com HIV/aids
5. Ambulatório de assistência em várias especialidades (ex.: dermatologia, urologia, psiquiatria) ^{iv}.
6. Ambulatório de hospital ^v.
7. Outros. Descreva: _____

ⁱ **Ambulatório exclusivo de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV (SAE):** Serviço ambulatorial de assistência especializada em HIV/aids, não inserida/vinculada a outro serviço (ambulatório de especialidades, UBS ou hospital etc.), ou seja, é isolada. Foi criada e implantada especificamente para este fim. Poderá agregar o atendimento às DST e Hepatites Virais.

ⁱⁱ **Ambulatório especializado em moléstias infecciosas:** Serviço ambulatorial de assistência especializada em moléstias infecciosas tais como tuberculose, hanseníase e etc.

ⁱⁱⁱ **Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, ESF, Centro de Saúde):** Serviços que prestam atenção básica e integral à saúde de uma dada população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) e/ou saúde da família, e pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior e contar com agentes comunitários de saúde.

^{iv} **Ambulatório de assistência em várias especialidades:** Serviço que presta assistência ambulatorial em várias especialidades médicas, e pode ainda ofertar outras especialidades não médicas (ex: Policlínicas, Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Especialidades Médicas etc.).

^v **Ambulatório de hospital:** Serviço de assistência especializada em HIV/aids inserido em unidade ambulatorial de hospital que presta assistência à saúde nas especialidades médicas básicas e/ou outras especialidades (ex. Hospital Geral, Hospital de Moléstias Infecciosas ou Infectologia etc.).

D2 - Este serviço é um órgão subordinado à(ao)*:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Secretaria de Estado da Saúde.
2. Secretaria Municipal de Saúde.
3. Universidade pública.
4. Universidade privada.
5. Ministério da Saúde.
6. Consórcio intermunicipal.
7. Organização Social (OS).
8. Outros _____ (descreva: _____).

*Instituição que assume a responsabilidade técnica e administrativa em relação ao serviço.

D3 - Este serviço realiza atendimento a:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Adultos com HIV/aids.
2. Crianças com HIV/aids.
3. Gestantes com HIV/aids.
4. Crianças expostas ao HIV e vírus da Hepatite C.
5. Coinfecção TB/HIV.
6. Hepatites virais em pacientes HIV positivos.
7. Hepatites virais em pacientes HIV negativos.
8. Infecções sexualmente transmissíveis (IST).
9. Profilaxia pós-exposição (PEP) ocupacional.
10. Profilaxia pós-exposição (PEP) sexual.
11. Violência sexual.
12. Profilaxia pré-exposição sexual (PreP).
13. Outros _____ (descreva: _____)

D4 - Este serviço oferece:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Capacitação para profissionais de outros serviços.
2. Formação técnica para profissionais de outros serviços.
3. Estágios e/ou programas de residência médica.
4. O serviço não oferece atividades de formação, capacitação técnica ou estágios

D5 - No quadro a seguir, preencha as informações solicitadas, considerando sempre o mês anterior ao preenchimento do questionário. Se o mês anterior foi atípico (férias), considere o mês precedente*:

Considere apenas pacientes com idade acima de 13 anos	Caso não seja possível obter este número, preencha o quadro com #	Fonte (informe a fonte, ou se o número foi obtido através de estimativa)
Número total de pacientes com HIV/aids agendados para consulta médica no último mês*		
Número total de pacientes com HIV/aids que faltaram às consultas médicas agendadas no último mês*		
Número de consultas de HIV/aids realizadas no último mês **		

*Considere **exclusivamente** consultas médicas com infectologistas ou clínicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes com HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV). Não incluir consultas de ginecologia ou de outras especialidades.

**Considere o total das consultas realizadas a pacientes com HIV/aids, incluindo as consultas de seguimento e de pronto atendimento (“fora de dia”).

D6 - No quadro a seguir, preencha as informações solicitadas considerando o ano anterior ao preenchimento do questionário (de 01 de janeiro a 31 de dezembro):

Considere apenas pacientes com idade acima de 13 anos	Caso não seja possível obter este número, preencha o quadro com #	Fonte (informe a fonte, ou se o número foi obtido através de estimativa)
Número total de pacientes com HIV/aids		
Número de pacientes em TARV		
Número de pacientes com HIV/aids que foram a óbito no último ano		
Número total de pacientes com HIV/Aids que abandonaram o serviço no último ano		
Número de pacientes em TARV que abandonaram o serviço no último ano		
Número total de pacientes com HIV/aids transferidos do serviço no último ano		

R7 - Para o atendimento de pacientes com HIV/aids, este serviço possui:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Consultório(s) médico(s) e sala(s) para atendimentos de enfermagem.
2. Consultório(s) médico(s), sala(s) para atendimento de enfermagem e sala(s) para atendimento individual por outros profissionais de nível superior.
3. Consultório(s) médico(s), sala(s) para atendimento de enfermagem, sala(s) para atendimento individual por outros profissionais de nível superior e sala(s) para atendimento em grupo.

R8 - A estrutura física deste serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Possui adaptações para facilitar o acesso e a circulação: portas e corredores largos, rampas, banheiros e rotas acessíveis, piso regular e antiderrapante, sinalização visual e tátil.
2. Possui algumas adaptações necessárias para facilitar o acesso e a circulação nos banheiros e corredores, porém ainda há barreiras físicas.
3. O serviço não possui as adaptações necessárias para facilitar o acesso e a circulação.

R9 - Preencha no quadro abaixo o número de médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes com HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV) neste serviço:

Médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes com HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)	Número de médicos	Carga horária total semanal (soma da carga horária dos médicos)
Infectologistas		
Clínicos Gerais		
Médicos de outras especialidades que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		
Médicos residentes que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		

R10 - No quadro abaixo informe o número de profissionais que atendem pacientes com HIV/aids:

Categoria profissional	Número total de profissionais	Número de profissionais que atendem <u>exclusivamente</u> HIV/aids
Enfermeiro		
Psicólogo		
Dentista		
Farmacêutico		
Assistente social		
Auxiliar ou técnico de enfermagem		
Fonoaudiólogo		
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapeuta		
Nutricionista		
Educador físico		

G11 - Quanto aos prontuários dos pacientes com HIV/aids:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Todos os profissionais de nível superior (médicos e outros) registram seus atendimentos em prontuário único*, que é utilizado por todos os setores de assistência deste serviço.
2. Apenas o médico registra os atendimentos em prontuário único*, que é o mesmo utilizado por todos os setores da assistência.
3. Todos os profissionais de nível superior (médicos e outros) registram seus atendimentos em prontuário específico para atendimento de pacientes com HIV/aids, que é arquivado separadamente dos demais da instituição.
4. Apenas o médico registra seus atendimentos em prontuário específico para atendimento de pacientes com HIV/aids, que é arquivado separadamente dos demais prontuários da instituição.

***Prontuário único: no momento da matrícula, o paciente recebe um número de prontuário, que é único para todos os setores do serviço de assistência.**

G12 - No atendimento médico de pacientes com HIV/aids, o registro em prontuário é feito:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Livremente, a critério do profissional.
2. Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, que são sistematicamente preenchidos.
3. Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, com preenchimento a critério do profissional.
4. Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, que são sistematicamente preenchidos.
5. Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, com preenchimento a critério do profissional.

G13 - De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo(s) seguinte(s) profissional (ais):

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Enfermeiro.
2. Auxiliar ou técnico de enfermagem, ou profissional administrativo.
3. Médico.
4. Outro profissional de nível universitário.

5. O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche os demais campos.
6. O setor de Vigilância do serviço é responsável pelo preenchimento.
7. As fichas de notificação não são preenchidas por este serviço.

A14 - QUESTÃO EXCLUÍDA

A15 - Caso o paciente com sorologia positiva para HIV confirmada não retornar a esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Aguarda-se o retorno espontâneo.
2. Entra em contato com todos os casos.
3. Entra em contato apenas se for gestante.
4. Entra em contato com todos, tendo sido pactuadas formas do serviço entrar em contato.
5. Não se aplica, pois o serviço só realiza teste rápido.
6. Não se aplica, pois o serviço não realiza teste de HIV.

A16 - O aconselhamento pós-teste (revelação diagnóstica) para HIV é realizado, predominantemente, da seguinte forma:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Para pacientes com resultado do teste positivo ou negativo, sempre pelo mesmo profissional que realizou o aconselhamento pré-teste.
2. Somente para os pacientes com resultado positivo, sempre pelo mesmo profissional que realizou o aconselhamento pré-teste.
3. Para pacientes com resultado do teste positivo ou negativo, não necessariamente pelo mesmo profissional que realizou o aconselhamento pré-teste.
4. Somente para os pacientes com resultado positivo, não necessariamente pelo mesmo profissional que realizou o aconselhamento pré-teste.
5. O paciente recebe orientações básicas, mas o aconselhamento pós-teste não é realizado neste serviço.
6. Não se aplica, pois o serviço não oferece o teste.

A17 - De rotina, os pacientes com diagnóstico de HIV/aids que procuram atendimento pela primeira vez neste serviço são:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e agendados para consulta médica.
2. Atendidos no mesmo dia por profissional de nível médio (auxiliar/técnico) da área de enfermagem e, se necessário, por consulta médica.
3. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e, se necessário, por consulta médica.
4. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e por consulta médica.
5. Atendidos em consulta médica no mesmo dia.
6. Agendados para outro dia para atendimento com profissional não médico de nível universitário.
7. Agendados para consulta médica em outro dia.
8. Orientados a retornar nos dias seguintes para tentar vaga em consulta médica.
9. Outros.

A18 - Em relação à prevenção pós exposição sexual (PEP) do HIV, este serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não se aplica, pois o serviço atende apenas pessoas HIV positivas
2. Encaminha todas as demandas de PEP para o serviço de urgência do município
3. Avalia imediatamente todos os casos e, quando indicado, prescreve medicação, orienta e faz acompanhamento

A19 - No primeiro atendimento do paciente com HIV/aids no serviço, são realizados:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Avaliação de gravidade clínica e solicitação de exames.
2. Investigação sobre o uso anterior de antirretroviral.
3. Orientação sobre benefícios do início precoce da terapia antirretroviral.
4. Investigação sobre categoria de exposição.
5. Oferta de preservativos e gel.
6. Orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção.
7. Investigação e orientação sobre parceria sexual.

8. Investigação sobre o tempo de diagnóstico.
9. Discussão sobre o significado do diagnóstico e repercussões para a vida cotidiana.
10. Identificação de condições de vulnerabilidade social e individual.
11. Procedimentos e condutas para viabilizar a abordagem consentida (contrato de sigilo).
12. Identificação de sintomáticos respiratórios.
13. Identificação do paciente pelo nome social.
14. Outros.

A20 - Quando a triagem (ou equivalente) define que o paciente com HIV/aids não será matriculado para fazer seu acompanhamento clínico neste serviço, ou o próprio paciente assim o desejar:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O paciente é encaminhado verbalmente para outro serviço quando necessário.
2. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço quando necessário.
3. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato quando necessário.
4. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato e agendamento quando necessário.

A21 - Qual o intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento neste serviço e a primeira consulta médica de HIV/aids, excluindo os casos graves?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O primeiro atendimento sempre inclui a primeira consulta médica.
2. Menos de 1 semana.
3. De 7 a 30 dias.
4. De 1 a 2 meses.
5. De 2 a 4 meses.
6. Mais de 4 meses.

A22 - No atendimento de enfermagem antes do atendimento médico de pacientes com HIV/aids, são realizados:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Aferição de peso e/ou pressão arterial.
2. Verificação de queixas agudas e definição de prioridades de atendimento.
3. Fornecimento de preservativos.
4. Reforço das orientações sobre o uso correto do preservativo.
5. Verificação da adesão ao tratamento antirretroviral.
6. Investigação de efeitos adversos ao tratamento antirretroviral.
7. Identificação de sintomático respiratório e encaminhamento ou solicitação de coleta de escarro.
8. Identificação de necessidades e realização de encaminhamentos adequados.
9. Outros.
10. Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada.

A23 - As consultas médicas para pacientes com HIV/aids são agendadas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Com hora marcada para cada paciente.
2. Por grupos de pacientes por hora (por bloco).
3. Por grupos de pacientes no início de cada turno.
4. Para cada médico existe uma rotina.
5. As consultas não são agendadas antecipadamente.

A24 - As consultas de retorno para pacientes com HIV/aids são rotineiramente agendadas para o mesmo profissional?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, sempre para o mesmo profissional (seja ele médico, dentista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou nutricionista, entre outros).
2. Sim, sempre para médicos e eventualmente para os outros profissionais de nível superior.
3. Não, os pacientes são agendados para o profissional de nível superior que possui agenda disponível.

4. Não, os retornos não são agendados. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo profissional ou de acordo com a rotina do serviço.
5. Outros.

A25 - Qual a forma predominante de acesso dos pacientes com HIV/aids ao atendimento odontológico (independentemente de o consultório odontológico estar neste serviço ou na referência)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São encaminhados para agendar consulta conforme sua demanda.
2. São periodicamente encaminhados para agendar consultas, mesmo na ausência de queixas.
3. São encaminhados para atendimento apenas na vigência de queixas.
4. Não há atendimento odontológico neste serviço, nem referência estabelecida.

A26 - Qual a forma predominante de acesso das pacientes com HIV/aids ao atendimento médico ginecológico (independentemente de o ginecologista estar neste serviço ou na referência)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São encaminhadas para agendar consulta conforme demanda da paciente.
2. São periodicamente encaminhadas para agendar consulta mesmo na ausência de queixas.
3. São encaminhadas para atendimento apenas na vigência de queixas agudas.
4. Não há atendimento ginecológico neste serviço, nem referência estabelecida.

A27 - Qual é o tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento a casos novos de pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 10 minutos
2. 15 minutos
3. 20 minutos
4. 30 minutos
5. 45 minutos ou mais

A28 - Qual é o tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento de retorno de pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 10 minutos
2. 15 minutos
3. 20 minutos
4. 30 minutos
5. 45 minutos ou mais

A29 - Durante a consulta médica de pacientes com HIV/aids, além dos procedimentos técnicos de rotina, o médico:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais.
2. Orienta o uso de preservativos.
3. Investiga relações afetivas e orienta práticas sexuais seguras.
4. Aborda questões relativas às sexualidades.
5. Investiga as causas do abandono ou de frequentes faltas no retorno dos pacientes faltosos ou que abandonaram o serviço.
6. Investiga o desejo de ter filhos e orienta sobre concepção/contracepção.
7. Orienta sobre o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos.
8. Investiga expectativas, aspectos psicossociais e a rede de apoio social.
9. Quando necessário, discute o caso com profissionais de outras categorias.
10. Realiza abordagem sindrômica nos casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST).
11. Avalia sinais de lipodistrofia e realiza encaminhamento para preenchimento facial e/ou cirurgia plástica.

A30 - Qual é o intervalo de rotina para o retorno em consulta médica de pacientes com HIV/aids ou com profissional de nível superior no início ou na troca de terapia antirretroviral?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 7 dias
2. 15 dias

3. 30 dias
4. 60 dias
5. Não existe uma rotina diferenciada no início ou na troca de terapia antirretroviral.

A31- A adesão ao tratamento antirretroviral de um paciente com HIV/aids é avaliada predominantemente por meio de:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Questionamento sobre o uso correto dos antirretrovirais.
2. Checagem de rotina em todos os atendimentos (consulta médica/enfermeiro e atendimentos de outros profissionais) sobre dificuldades do dia a dia em tomar a medicação.
3. Contagem dos medicamentos que sobraram.
4. Acompanhamento das oscilações nos exames de CD4+ e carga viral HIV.
5. Monitoramento da retirada de medicamentos por meio do SICLOM, planilhas ou outras formas de controle da farmácia.
6. Outros.

G32 - A taxa de adesão ao tratamento antirretroviral do conjunto dos pacientes com HIV/aids deste serviço é avaliada por meio de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Porcentagem de pacientes com retirada de antirretrovirais correta.
2. Porcentagem de pacientes com carga viral indetectável.
3. Porcentagem de pacientes que relatam adequada adesão em instrumentos anônimos de autorrelato (eletrônicos ou impressos) de medida de adesão.
4. Porcentagem de faltas em consultas agendadas de pacientes em seguimento.
5. A adesão de cada paciente é monitorada nos atendimentos. Não há avaliação para o conjunto de pacientes do serviço.

A33 - Quando um paciente com HIV/aids apresenta dificuldades no tratamento antirretroviral:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. O retorno é realizado em intervalos menores.
2. O paciente é encaminhado para grupos de adesão.
3. O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com enfermeiro.
4. O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com psicólogo ou assistente social ou farmacêutico.
5. Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas.
6. Há reforço da importância da adesão na dispensação dos antirretrovirais.

7. O paciente é encaminhado para tratamento diretamente observado ou supervisionado.
8. São oferecidos porta-pílulas e/ou tabelas e mapas de dose.
9. Há dispensação fracionada dos antirretrovirais (semanal ou outras).
10. Avalia-se a necessidade e a possibilidade de mudança de esquema terapêutico.
11. Outros.

A34 - Qual é o mecanismo utilizado pelo serviço no caso do paciente com HIV/aids ficar sem medicamentos antirretrovirais por razões imprevistas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. É agendada consulta médica de acordo com a disponibilidade de vaga na agenda.
2. É realizado encaixe na agenda médica para atendimento na mesma semana.
3. É realizada consulta médica no mesmo dia, independente de disponibilidade de vaga na agenda (consulta extra ou encaixe).
4. São fornecidos antirretrovirais com base na prescrição anterior em quantidade suficiente até a próxima consulta médica agendada.
5. O paciente passa por consulta de enfermagem ou farmacêutica e, após orientações, retira os medicamentos prescritos.

A35 – O atendimento de enfermagem ao paciente com HIV/aids após o atendimento médico é realizado com a finalidade de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Agendar retorno e exames.
2. Orientar o uso de medicamentos.
3. Orientar o uso de preservativos.
4. Realizar encaminhamentos necessários (para outros serviços, outros profissionais etc.).
5. Orientar encaminhamentos para benefícios sociais.
6. Orientar sobre direitos civis.
7. Propiciar escuta qualificada às necessidades do paciente, identificar dificuldades e estratégias de superação.
8. Orientar sobre hábitos saudáveis para manutenção da qualidade de vida (alimentação, prática de atividades físicas, redução de danos, sexo mais seguro).
9. Outros.
10. Não se aplica, pois a pós-consulta não é realizada.

A36 - Em relação ao desejo de ter filhos por parte dos homens e das mulheres que vivem com HIV/aids, os profissionais deste serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não recomendam a concepção devido aos riscos de transmissão sexual e/ou de transmissão vertical, e para a saúde da mulher soropositiva.
2. Orientam sobre os riscos, discutem o melhor momento para a concepção e as estratégias de redução de risco para o planejamento da reprodução.
3. Orientam sobre os riscos, discutem o melhor momento para a concepção, as estratégias de redução de risco para o planejamento da reprodução e, se necessário, encaminham para serviços especializados de reprodução assistida.

A37 - Quando o paciente com HIV/aids falta ao atendimento agendado, este serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Aguarda retorno espontâneo em todos os casos.
2. Entra em contato com casos específicos (exames alterados, uso de ARV, maior gravidade clínica, tuberculose, gestante e abandono).
3. Entra em contato com todos os faltosos.
4. Não se aplica, pois este serviço não faz controle de faltosos.

G38 - Para os pacientes com HIV/aids em uso de antirretroviral, qual critério de abandono é predominantemente utilizado por este serviço?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista.
2. Não retorno às consultas em 6 meses.
3. Duas ou mais faltas consecutivas na consulta médica (independente do intervalo entre as consultas).
4. Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista ou não retorno às consultas em 6 meses, com ou sem outros critérios.
5. Após convocação sem comparecimento.
6. Outros.
7. Não há critério de abandono definido.

A39 - De que maneira este serviço soluciona o atendimento médico de pacientes com HIV/aids “extras” ou não agendados?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Há reserva de vagas na agenda dos médicos.
2. Os médicos do ambulatório fazem escala para atendimento desses pacientes.
3. Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas.
4. Este serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids.
5. Os pacientes são encaminhados para atendimento em pronto-socorro.
6. Os pacientes são sempre atendidos pelo médico, independentemente da existência de vagas na agenda.
7. Os pacientes são sempre atendidos por profissionais de nível superior não médicos que fazem avaliação de risco e, se necessário, encaminham para atendimento em outro serviço.
8. Outros.

D40 - Qual é a demanda mais frequente para o atendimento médico de pacientes com HIV/aids “extras” ou não agendados?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Intercorrências clínicas.
2. Término da medicação.
3. Falta à última consulta agendada.
4. Abandono de tratamento.
5. Resposta à convocação.
6. Fornecimento de atestado para benefícios sociais.
7. Não há relatório com essas informações. Os motivos são anotados exclusivamente pelos médicos nos prontuários.
8. Este serviço não trabalha com agendamento prévio.
9. Este serviço atende apenas pacientes agendados.

A41 - Quais atividades são realizadas rotineiramente no atendimento do paciente com HIV/aids em acompanhamento que comparece ao serviço fora do dia agendado (paciente extra)?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Avaliação de queixas clínicas.
2. Fornecimento de receita de antirretroviral e outras medicações, quando necessário.
3. Avaliação e reorientação do uso de antirretroviral e de outras medicações.
4. Solicitação de exames, quando necessário.
5. Verificação da ocorrência e do motivo de faltas anteriores.
6. Orientação sobre retorno para o atendimento de rotina.
7. Identificação das dificuldades em comparecer aos atendimentos agendados.
8. Fornecimento de atestado para benefício social.
9. Identificação e encaminhamento dos casos de depressão e uso abusivo de álcool e de outras drogas.
10. Não há recursos para realização de atendimento "extra".
11. Outros.

A42 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo auxiliar/técnico de enfermagem?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Orientação para coleta de exames, agendamento de exames e consultas, orientação sobre encaminhamentos para especialistas e verificação de sinais vitais.
2. Verificação de queixas agudas.
3. Orientação sobre o uso de preservativos.
4. Orientação sobre a medicação.
5. Discussão sobre as dificuldades de adesão.
6. Participação em grupos de adesão.
7. Participação na discussão de casos com a equipe multidisciplinar.
8. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas.
9. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
10. Outros.
11. Este serviço não dispõe desse profissional.

A43 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo enfermeiro?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Avaliação de risco de pacientes “extras” ou não agendados.
2. Abordagem sindrômica para infecções sexualmente transmissíveis (IST).
3. Consulta de enfermagem.
4. Participação em grupos de adesão.
5. Consulta individual específica para promoção da adesão.
6. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
7. Visita domiciliar.
8. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
9. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.
10. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
11. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP)
12. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
13. Outros.
14. Este serviço não dispõe desse profissional.

A44 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo psicólogo?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Psicoterapia individual e/ou em grupo.
2. Suporte psicológico para a equipe técnica deste serviço.
3. Consulta conjunta com médico e/ou serviço social.
4. Participação em grupos de adesão.
5. Consulta individual específica para promoção da adesão.
6. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
7. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
8. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.

9. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
10. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP).
11. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
12. Outros.
13. Este serviço não dispõe desse profissional.

A45 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo assistente social?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Discussão e apoio sobre as questões sociofamiliares, orientação sobre direitos civis, trabalhistas e previdenciários, avaliação e inclusão nos benefícios de assistência social (cesta básica, vale transporte etc.).
2. Atividades de reinserção social e/ou geração de renda.
3. Consulta conjunta com médico e/ou psicólogo.
4. Visita domiciliar.
5. Participação em grupos de adesão.
6. Consulta individual específica para promoção da adesão.
7. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
8. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
9. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.
10. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
11. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP).
12. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
13. Outros.
14. Este serviço não dispõe desse profissional.

A46 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo farmacêutico?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Controle do suprimento, dispensação dos medicamentos, treinamento e supervisão dos profissionais que trabalham na farmácia.
2. Orientação da equipe médica sobre interações e efeitos adversos de ARV e outros medicamentos.
3. Consulta individual com pacientes sobre o uso da medicação.
4. Análise dos casos de faltosos
5. Farmacovigilância.
6. Participação em grupos de adesão.
7. Consulta individual específica para adesão.
8. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
9. Outros.
10. Este serviço não dispõe desse profissional.

A47 - Quais atividades são realizadas com os pacientes com HIV/aids pelo médico?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Consulta para casos novos e de seguimento, prescrição de ARV, solicitação de exames e encaminhamento para especialistas.
2. Consulta em conjunto com outros profissionais.
3. Visita domiciliar.
4. Participação em grupos de adesão.
5. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
6. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
7. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP).
8. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
9. Outros.

A48 - Em relação à prevenção e tratamento da lipodistrofia e síndrome metabólica em pacientes em tratamento antirretroviral, este serviço:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Orienta sistematicamente mudanças de estilo de vida relacionadas ao risco cardiovascular tais como atividades físicas, alimentação e cessação tabagismo.
2. Registra escore de risco cardiovascular anualmente
3. Monitora sistematicamente alterações metabólicas
4. Modifica, quando possível, o esquema antirretroviral
5. Institui medicação para as alterações metabólicas
6. Provê no próprio serviço ou em referência acordada preenchimento facial em até 90 dias
7. Tem acordo estabelecido com serviços de referência para avaliação de procedimentos cirúrgicos

G49- Este serviço realiza as seguintes atividades em parceria com os serviços de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF).

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Não se aplica, pois este é um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) que trata pacientes com HIV/aids estáveis.
2. Realização de busca consentida de pacientes
3. Capacitações e matriciamento para diagnóstico, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids.
4. Apoio para pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral.
5. Atendimento de intercorrências clínicas, demais condições crônicas e protocolos de prevenção (como Papanicolau) das PVHIV nas unidades básicas.
6. Pré natal compartilhado das gestantes HIV+.
7. Tratamento supervisionado compartilhado de tuberculose.
8. Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.
9. Campanhas de prevenção (como o “Fique Sabendo”).
10. Atividades de promoção e prevenção às DST/Aids.
11. Este serviço ainda não tem atividades em parceria com a atenção básica.

G50 - Este serviço de atenção básica que acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis realiza as seguintes atividades em parceria com os serviços especializados em HIV/aids

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Não se aplica, pois este serviço é um ambulatório de assistência especializada que trata pessoas vivendo com HIV/aids.
2. Tratamento compartilhado de infecções sexualmente transmissíveis (IST) com complicações
3. Pré natal compartilhado das gestantes HIV+.
4. Apoio diagnóstico e terapêutico para intercorrências clínicas relacionadas ao tratamento antirretroviral em pacientes HIV/aids
5. Tratamento supervisionado compartilhado da coinfeção HIV/tuberculose.
6. Campanhas de prevenção (como o “Fique Sabendo”).
7. Atividades de promoção e prevenção às DST/Aids.
8. Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.

R51 - Em relação aos medicamentos antirretrovirais utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de antirretrovirais nos últimos 6 meses.
2. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período máximo de 7 dias.
3. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período de 8 e 15 dias.
4. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período de 16 a 30 dias.
5. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período superior a 30 dias.
6. Este serviço não é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos e não possui essa informação.

R52- Em relação aos medicamentos para distúrbios metabólicos* dos pacientes HIV utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

***Medicamentos protocolados para distúrbios metabólicos:** Metformina; Glicazida, Glibenclamida ou Glimepirida; Fibratos; Estatinas; Ezetimiba; Vitamina D; Alendronato; Cálcio.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, foi possível conseguir o(s) medicamento(s) necessário(s) em menos de 48 horas
4. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém a reposição ocorreu entre 3 a 5 dias
5. Houve falta da maioria destes medicamentos, porém a reposição ocorreu entre 6 e 15 dias
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses

R53– Em relação aos medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas* em pacientes de HIV/aids com CD4<200 células, utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

***Medicamentos protocolados para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas:** Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido folínico; Claritromicina;

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes

3. Houve falta de alguns destes medicamentos por período máximo de 7 dias.
4. Houve falta de alguns destes medicamentos por um período de 8 a 15 dias.
5. Houve falta de alguns destes medicamentos por um período de 16 a 30 dias
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses

R54– Em relação aos medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas* (consolidação de tratamento de doenças oportunistas) utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

***Medicamentos protocolados para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas:** Itraconazol; Fluconazol; Clindamicina; Sulfametoxazol-Trimetropin;

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, mas foi possível conseguir o medicamento necessário em menos de 48 horas
4. Houve falta de alguns destes medicamentos, mas foi possível conseguir o medicamento necessário em até 4 dias
5. Houve falta de alguns destes medicamentos por períodos entre 5 e 15 dias
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses

R55- Em relação aos medicamentos para micobactérias* utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

***Medicamentos protocolados para tuberculose e micobacterioses:**

Associação de Rifampicina+Isoniazida+Pirazinamida+Etambutol; Associação de

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.

2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, foi possível conseguir o medicamento necessário em até 7 dias
4. Houve falta de alguns destes medicamentos para as quais a reposição se deu entre 8 e 15 dias
5. Houve falta da maioria destes medicamentos para as quais a reposição se deu em mais de 15 dias
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses

R56- Em relação aos medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis* utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

***Medicamentos protocolados para infecções sexualmente transmissíveis:** Metronidazol (comprimido ou gel); Clindamicina; Miconazol ou Nistatina creme; Fluconazol ou Itraconazol; Azitromicina; Ciprofloxacino; Ceftriaxone; Amoxicilina; Aciclovir; Doxicilina; Penicilina Benzatina

NÃO CONSIDERE os medicamentos Podofilina e ATA

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Houve faltas de alguns destes medicamentos, porém, foi possível obtê-los em até 7 dias
3. Houve faltas de alguns destes medicamentos, porém, sua reposição se deu entre 8 e 15 dias
4. Houve faltas da maioria destes medicamentos, porém, sua reposição se deu em mais de 15 dias
5. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses

R57 - Em relação aos medicamentos para tratamento da Hepatite C * e da Hepatite B (para pacientes mono infectados ou co infectados) utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:**

***Medicamentos protocolados para tratamento da Hepatite C:** Sofosbuvir; Daclatasvir; Simeprevir, Ribavirina

****Medicamentos protocolados para tratamento da Hepatite B:** Tenofovir; Entecavir; Adefovir; Lamivudina

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos para pacientes que iniciaram o tratamento neste serviço.
2. Não houve necessidade clínica de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, a reposição ocorreu em menos de 48 horas
4. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém a reposição se deu entre 2 e 15 dias
5. Houve interrupções constantes da dispensação destes medicamentos para pacientes que iniciaram o tratamento neste serviço
6. Este serviço não trata pacientes com Hepatite C ou B; estes pacientes são encaminhados para outros serviços

R58 - Classifique os insumos abaixo com relação à disponibilidade nos últimos 6 meses:

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR INSUMO

INSUMO	A). Não utilizado nos últimos 6 meses	B). Não disponível nos últimos 6 meses	C). Não faltou nos últimos 6 meses	FALTOU		
				D) Até 7 dias	E) 8 a 15 dias	F) Mais de 16 dias
1. Gel lubrificante						

2. Preservativo masculino						
3. Preservativo feminino						
4. Equipamento para uso de drogas						
5. Teste Rápido para HIV						
6. Teste Rápido para Sífilis						
7. Teste Rápido para Hepatite B						
8. Teste Rápido para Hepatite C						

ⁱNÃO UTILIZADO: Nos últimos 6 meses, não houve necessidade de suprimento desses insumos.

ⁱⁱNÃO DISPONÍVEL: Houve demanda nos últimos 6 meses para a utilização deste insumo no serviço, entretanto não houve suprimento para este insumo.

A59 - No caso de pacientes com HIV/aids e coinfeção por tuberculose sensível:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São tratados no próprio serviço, pelo mesmo médico.
2. São tratados no próprio serviço, por médicos diferentes (um para Aids e outro para tuberculose).
3. São tratados da aids neste serviço e encaminhados para tratar a tuberculose em outro serviço.

4. São encaminhados para tratar a tuberculose e a aids em outro serviço.

G60 - Quando o paciente com HIV/Aids precisa de um especialista, exame ou outro atendimento que não é oferecido neste serviço, de que forma ocorre o encaminhamento para os serviços da rede?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O paciente é encaminhado verbalmente para outro serviço.
2. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço.
3. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato.
4. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após agendamento.

R61 - Caracterize o acesso e o tempo médio de espera para atendimento nas seguintes modalidades assistenciais:

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR LINHA

CONSIDERE A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTE DO ATENDIMENTO SER REALIZADO DENTRO OU FORA DESTE SERVIÇO

	A) Não disponível	Disponível com tempo médio de espera de:					
		B) no mesmo dia	C) de 24h a 48h	D) de 3 a 7 dias	E) de 8 a 15 dias	F) de 16 a 30 dias	G) mais de 31 dias
1. ADT							
2. HD –Hospital Dia							
3. Internação convencional							
4. Pronto-socorro (24h)							
5. CAPS AD							
6. Ambulatório de referência para tratamento da coinfeção							

HIV/Hepatites Virais							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--

R62 - Em relação à coleta de exames laboratoriais dos pacientes com HIV/aids, este serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Coleta todos os exames no serviço.
2. Coleta parte dos exames no serviço e encaminha outros para coleta em laboratório de referência.
3. Encaminha todos os pacientes para coleta em laboratório de referência.

R63 - Caracterize a disponibilidade, nos últimos 6 meses, dos exames de avaliação inicial e seguimento dos pacientes com HIV/aids, assinalando o tempo médio de espera para a chegada do resultado:

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR EXAME

CONSIDERE O TEMPO A PARTIR DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

EXAMES	A) Não dispo nível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado do exame/procedimento:				
		B) Até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 60 dias	G) Mais que 60 dias
1. Carga Viral para HIV						
2. Contagem de linfócitos CD4						
3. Hemograma						
4. Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Na, K, exame básico de urina)						

5. Teste não treponêmico (VDRL ou RPR)						
6. Glicose						
7. Colesterol total e frações, triglicérides						
8. Sorologia para Hepatite B e C						
9. Sorologia para Toxoplasmose						
10. Citopatologia de colo de útero (Papanicolaou)						
11. Teste molecular de tuberculose (GeneXpert)						
12. Baciloscopia de escarro						
13. Cultura de escarro (BAAR)						
14. Prova tuberculínica (PPD)						
15. RX Tórax						
16. Parasitológico de fezes						

R64 - Caracterize a disponibilidade de exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades, nos últimos 6 meses, para os pacientes com HIV/aids, assinalando o tempo médio de espera para o resultado:

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

CONSIDERE A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTEMENTE DO EXAME SER

REALIZADO DENTRO OU FORA DESTE SERVIÇO

EXAMES	A) Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado do exame/procedimento:					
		B) Até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 60 dias	F) Entre 60 e 90 dias	G) Mais de 90 dias
1. Genotipagem para HIV							
2. Taxa de filtração glomerular							
3. Hemoglobina glicosilada e teste de tolerância à glicose							
4. Urocultura							
5. RX Simples							
6. Eletrocardiograma							
7. Endoscopia Digestiva Alta							
8. Broncoscopia							
9. Colonoscopia							
10. Ultrassom							
11. Tomografia computadorizada							
12. Ressonância Nuclear Magnética							

13. Biópsias (gânglio, pele e outros)								
14. Colposcopia								
15. Citopatologia anal								
16. Densitometria óssea								
17. Líquido cefalorraquidiano								
18. Fundoscopia								
19. Carga Viral e Genotipagem para Hepatites B e C								
20. Biópsia hepática								
21. Elastografia hepática								

R65 - Caracterize o acesso e o tempo médio de espera dos pacientes com HIV/aids para os atendimentos nas seguintes especialidades:

MARQUE UMA ALTERNATIVA POR LINHA

CONSIDERE A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTEMENTE DA ESPECIALIDADE SE ENCONTRAR DENTRO OU FORA DESTES SERVIÇO

ESPECIALIDADES	Disponível com tempo médio de espera para acesso de:
-----------------------	-------------------------------------------------------------

	A)Não disponível	B)Até 7 dias	C)7 a 16 dias	D)16 a 30 dias	E)31 a 45 dias	F)46 a 60 dias	G)Mais de 60 dias
1. Ginecologista							
2. Obstetra							
3. Psicólogo							
4. Assistente social							
5. Dentista							
6. Dermatologista							
7. Urologista							
8. Psiquiatra							
9. Endocrinologista							
10. Neurologista							
11. Proctologista							

12. Cardiologista							
13. Oftalmologista							
14. Cirurgião geral							
15. Nefrologista							
16. Hematologista							
17. Ortopedista							

R66 - O acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminados é realizado:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados capacitados para esse fim.
2. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, não capacitados até o momento.
3. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, capacitados e com supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior.
4. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, não capacitados até o momento, com supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior.
5. Outros.

G67 - No último ano, quais profissionais que atendem pacientes com HIV/aids participaram de capacitação no serviço ou em outros locais?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Médicos.
2. Enfermeiros.
3. Assistentes sociais.
4. Psicólogos.
5. Nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fonoaudiólogos.
6. Dentistas
7. Farmacêuticos.
8. Auxiliares/técnicos (de enfermagem, saúde bucal, farmácia.)
9. Pessoal administrativo e/ou auxiliares de serviços gerais (limpeza).
10. Outros.
11. No último ano, nenhum profissional participou de capacitação.

G68 - Em relação à disponibilidade e organização do material técnico de apoio aos profissionais que atendem pacientes com HIV/aids nas atividades cotidianas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O material é frequentemente atualizado (manuais, consensos e similares), está disponível para ser consultado pela equipe e, quando necessário, são realizadas reuniões para sua apresentação e discussão.
2. O material é frequentemente atualizado (manuais, consensos e similares) e está disponível para ser consultado pela equipe.
3. O material (manuais, consensos e similares) está disponível para ser consultado pela equipe, entretanto há dificuldade para mantê-lo atualizado.
4. O material não está disponível para consulta.

G69 - Este serviço promove reuniões para discussão de casos e de condutas clínicas relacionadas aos pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, com participação de profissionais da mesma categoria.
2. Sim, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, com participação de toda a equipe multiprofissional.
3. Sim, apenas quando há necessidade.
4. Este serviço não tem promovido este tipo de reunião.

G70 - As ações e atividades de coordenação técnica da equipe que atende os pacientes com HIV/aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são realizadas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Pelo mesmo profissional que realiza as funções de coordenação técnica e administrativa da equipe (controle de faltas, férias, alocação e contratação de pessoal).
2. Por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (mesmo que não formalizado).
3. Por um profissional que realiza as funções de coordenação técnica da assistência e de atividades do Programa Municipal de DST/Aids.
4. Por um profissional especificamente designado para essa função, sem outras atividades na equipe ou no Programa Municipal de DST/Aids.
5. Esta equipe não possui um profissional responsável pela coordenação técnica da assistência ambulatorial aos pacientes com HIV/aids.

G71 - As atividades desenvolvidas neste serviço pelo responsável pela coordenação técnica da equipe que atende os pacientes com HIV/Aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Exclusivamente gerenciais.
2. A maior parte gerencial e uma pequena parte assistencial.
3. Uma grande parte assistencial e pequena parte gerencial.
4. Gerência e assistência são realizadas na mesma proporção.
5. Outras.
6. Não se aplica, pois não há responsável pela coordenação técnica da equipe.

G72 - Este serviço promove reuniões para discussão e organização do trabalho da assistência aos pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação de profissionais da mesma categoria.
2. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação da equipe multiprofissional.
3. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação da equipe multiprofissional, pacientes, organizações da sociedade civil (ONGs) e/ou conselho gestor.
4. Sim, apenas quando há necessidade.
5. Este serviço não tem promovido este tipo de reunião.

G73 – Este serviço conta com quais atividades de apoio para os profissionais que atendem os pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Grupos de apoio e/ou grupos terapêuticos e/ou atendimento individual terapêutico.
2. Atividades de lazer e integração (coral, festas, caminhadas, café da manhã, dança etc.) e/ou atividades de relaxamento (ioga, shiatsu, tai chi chuan, massagens etc.).
3. Não existem essas atividades.

G74 - O serviço conta com quais atividades de suporte técnico aos profissionais que atendem pacientes com HIV/aids?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Supervisões técnicas temáticas para a equipe.
2. Supervisão técnica externa para as diferentes categorias.
3. Supervisão administrativa.
4. Apoio institucional (matriciamento, educação permanente, organização do processo de trabalho, integração com a rede de serviços etc.).
5. Supervisão clínica para os psicólogos.
6. Não há atividades de supervisão.

G75 - Que tipo de dados e informações este serviço utiliza para fazer o planejamento e a avaliação de suas atividades de atenção aos pacientes com HIV/aids?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Dados do Sistema de Monitoramento da Programação Anual de Metas (PAM).
2. Dados demográficos ou sócio demográficos.
3. Dados e informações epidemiológicas do município/região.
4. Dados e/ou informações produzidas pelo próprio serviço.
5. Informações produzidas por avaliações e/ou pesquisas de iniciativa local ou estadual.
6. Informações produzidas por avaliações e/ou pesquisas de iniciativa dos gestores do programa de DST, Aids e Hepatites Virais e/ou da Universidade.
7. Os dados não estão disponíveis ou estão desatualizados, por isso não são utilizados.
8. O serviço não realiza estas atividades

D76 - Que tipo de dificuldades gerenciais este serviço enfrentou para a atenção em HIV/aids nos últimos 6 meses?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Acesso a exames de imagem.
2. Acesso a exames de laboratório em geral.
3. Acesso a exames de CD4/Carga Viral.
4. Acesso a exame de genotipagem.
5. Acesso à realização de biópsia.
6. Medicação antirretroviral.
7. Medicação contra infecções oportunistas.
8. Encaminhamento para especialidades.
9. Encaminhamento para preenchimento facial.
10. Encaminhamento para cirurgia plástica.
11. Encaminhamento para serviços de reprodução assistida.
12. Encaminhamento para serviços de saúde mental.
13. Articulação com os serviços de Atenção Básica.
14. Articulação com a secretaria de assistência penitenciária (SAP).
15. Articulação com o CRAS e CREAS (Sistema Único de assistência social - SUAS)
16. Vagas para internação.
17. Vagas em hospital dia.
18. Vagas em maternidade.
19. Vaga para assistência domiciliar terapêutica.
20. Contratação de recursos humanos de nível superior.
21. Contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico).
22. Aquisição de material de consumo.
23. Aquisição de material permanente.

G77 - Diante das dificuldades gerenciais na atenção em HIV/aids, quais as ações são realizadas?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Encaminhamento dos problemas para a direção local.
2. Reuniões da equipe de saúde e direção local para discussão e encaminhamento dos problemas.
3. Comunicação e articulação com o movimento social organizado (fórum de ONGs, Conselho Municipal de Aids, Conselho Municipal de Saúde).
4. Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos e/ou acesso aos serviços necessários.
5. Reunião com pacientes para encaminhamento de soluções conjuntas.
6. Notificação à Coordenação Municipal de DST/aids.
7. Notificação à Coordenação Estadual de DST/aids.
8. Notificação ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
9. Notificação à Secretaria de Saúde.
10. Aguarda providências de outras instâncias gerenciais.
11. Outras.

G78 - A avaliação das atividades de atenção e assistência em HIV/aids é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Realizada periodicamente para reprogramação das atividades.
2. Realizada esporadicamente, quando necessária.
3. Realizada anualmente para prestação de contas.
4. Realizada por iniciativa da coordenação municipal, estadual ou nacional do programa de DST, Aids e Hepatites Virais.
5. Não é realizada de forma sistemática.

G79 - As avaliações da atenção e assistência em HIV/aids realizadas no último ano neste serviço basearam-se predominantemente em:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Dados do serviço (produção ambulatorial, relatórios de atividades etc.).
2. Dados epidemiológicos (levantamento do perfil da demanda, boletins, SINAN, SIM etc.).
3. Dados dos pacientes (discussão com grupos de pacientes, pesquisa de satisfação e/ou ouvidoria, caixinha de sugestões etc.).
4. Dados de profissionais (discussão com grupos de profissionais, reuniões, levantamento de prontuários etc.).
5. Dados epidemiológicos, do serviço, dos pacientes e de profissionais.
6. Não foram realizadas avaliações.

G80 - Qual é a forma predominante de encaminhamento das reclamações dos pacientes?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não há forma organizada de encaminhamento das reclamações dos pacientes.
2. Caixa ou livro de sugestões e reclamações.
3. Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões.
4. Sistema de ouvidoria do próprio serviço.
5. Sistema de ouvidoria da secretaria municipal ou estadual.
6. Diretamente junto ao conselho gestor deste serviço.
7. Outros.

G81 – Com se dá a participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problemas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Mediante organizações da sociedade civil (ONG, coletivos, movimentos, etc.).
2. Mediante conselho gestor ou similar.
3. Ainda não há participação organizada dos pacientes neste serviço.

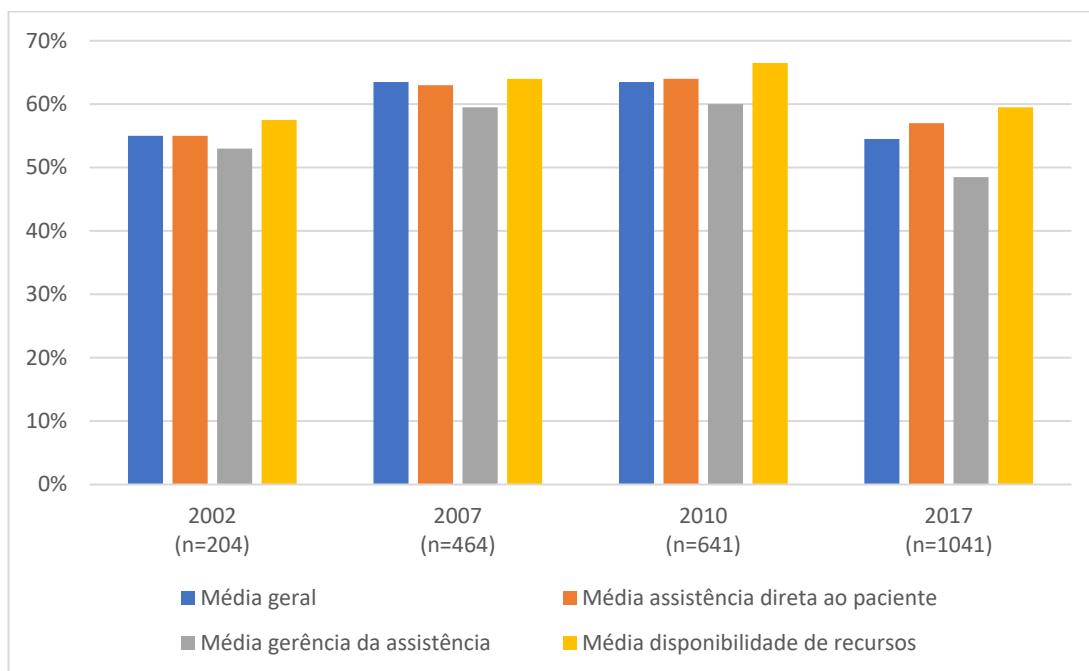
G82 – Como se dá a integração deste serviço com outras instituições não diretamente vinculadas à saúde (setor judiciário, secretaria de educação, de serviço social, igrejas, entidades filantrópicas, etc.) ou com organizações da sociedade civil?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Ainda não há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde ou organizações da sociedade civil.
2. Ocasionalmente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e com organizações da sociedade civil.
3. Rotineiramente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e com organizações da sociedade civil.
4. Ocasionalmente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde ou e rotineiramente com organizações da sociedade civil.
5. Rotineiramente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e ocasionalmente com organizações da sociedade civil

ANEXO II

Figura A1- Desempenho geral e dos domínios de ‘assistência direta ao paciente’, ‘gerência da assistência’ e ‘disponibilidade de recursos’ dos serviços que responderam aos inquéritos Qualiaids em 2002, 2007, 2010 e 2017.



Fonte: Banco de dados dos inquéritos Qualiaids 2002, 2007, 2010 e 2017.

ANEXO III – Parecer consubstanciado

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da organização dos serviços ambulatoriais do SUS que tratam pessoas vivendo com HIV no Brasil: análise do inquérito Qualiids 2016/2017

Pesquisador: MARIA INES B NEMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22139219.6.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.633.207

Apresentação do Projeto:

O projeto trata de tema de grade relevância em saúde pública por ser um inquérito sequencial sobre qualidade de serviços que atendem HIV/aids no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade da organização dos serviços do SUS que tratam em nível ambulatorial a infecção pelo HIV.

Objetivo Secundário:

Analisar a variação na qualidade da organização dos serviços entre os participantes dos inquéritos Qualiids de 2010 e 2017; Analisar a qualidade da organização dos serviços implantados após 2010; Analisar a associação entre das características descritivas (não definidoras de qualidade) com a qualidade da organização dos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos por tratar-se de banco de dados respondidos pelos próprios trabalhadores desses ambulatoriais on line.

Benefícios:

Aprimorar o conhecimento da rede atual de serviços e das iniciativas de melhoria da qualidade dos serviços.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 38
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-003
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.633.207

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a acrescentar ao descrito acima.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1410222.pdf	17/09/2019 15:46:38		Aceito
Outros	Anexo1_QuestionarioQualiaids.pdf	17/09/2019 15:45:41	MARIA INES B NEMES	Aceito
Outros	CadastroPesquisa.pdf	17/09/2019 15:41:13	MARIA INES B NEMES	Aceito
Outros	AutorizacaoBanco.pdf	17/09/2019 15:37:13	MARIA INES B NEMES	Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	17/09/2019 15:21:59	MARIA INES B NEMES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	17/09/2019 15:19:00	MARIA INES B NEMES	Aceito
Outros	Anexo2_Caderno_de_Recomendacoes_qualiaids.pdf	07/08/2019 16:44:49	MARIA INES B NEMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutorado_AnaMarosoAlves.pdf	07/08/2019 16:41:57	MARIA INES B NEMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.633.207

SAO PAULO, 10 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-003
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO IV – Comprovante de aceite do artigo

ScholarOne Manuscripts - Google Chrome
mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo?PARAMS=xiik_8a57G2anKVkKwPpCrol2vsXxtixKHbtQaGwa9WbNA1qgLYbWwpDr7HNCFSMzoMdS8Z6mqbUGHg6W2uFESY1HEGyNXIZqPPC4qiihuKT7bunk...

Revista de Saúde Pública

Carta de decisão (RSP-2021-4476.R1)

De: leopoldo@usp.br
Para: anamarosoalves@gmail.com
CC:
Assunto: Revista de Saúde Pública - Decision on Manuscript ID RSP-2021-4476.R1
Corpo: 18-Mar-2022

Dear Ms. Maroso Alves:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Para além do acesso ao medicamento: papel do SUS e perfil da assistência em HIV no Brasil" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Jose Leopoldo Ferreira Antunes
Editor-in-chief, Revista de Saúde Pública
leopoldo@usp.br

Data do envio: 18-mar-2022

Fechar janela

11°C Pred. limpo 19:26 19/05/2022

9. Referências

Agins BD, Holden MM. Defining a high-performance healthcare organization. *BMJ*. 2007;335(7629):1055-1056. doi:10.1136/bmj.39359.605752.80

Alves AM, Santos AC, Kumow A, Sato APS, Helena ETS & Nemes MIB. Para além do acesso ao medicamento: papel do SUS e perfil da assistência em HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública. RSP* (aceito para publicação).

Bardfield J, Agins B, Akiyama M, Basenero A, Luphala P, Kaindjee-Tjituka F, et al. A quality improvement approach to capacity building in low- and middle-income countries. *AIDS*. 2015 Jul;29 Suppl 2:S179-86. doi: 10.1097/QAD.0000000000000719.

Bardfield J, Palumbo M, Geis M, Jasmin M & Agins BD; NOA Working Group. A National Organizational Assessment (NOA) to Build Sustainable Quality Management Programs in Low- and Middle- Income Countries. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 Jul;42(7):325-30. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42045-3.

Basso, CR. O programa nacional de DST/Aids no SUS. In: Negri B, d'Ávila Viana AL (org.) *O sistema Único de Saúde em dez anos de desafio – o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p135 – 164.

Barreto M, Teixeira M, Bastos F, Ximenes RAA, Barata R & Rodrigues L. (2011). Sucessos e Fracassos no Controle de Doenças Infecciosas no Brasil: O Contexto Social e Ambiental, Políticas, Intervenções e Necessidades de Pesquisa. *The Lancet*. 3. 47-60.

Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Silverman-Retana O, Contreras-Loya D, Romero-Martínez M, Magis-Rodríguez C, et al. Exploración del rol de la

oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México (2015). *Salud Publica Mex* 2015;57 supl 2:S153-S162

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2019. *Boletim Epidemiológico*. Volume 50 | Nº 26 | Set. 2019. Brasília – DF.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (2017). *Coinfeção TB-HIV no Brasil: Panorama epidemiológico e atividades colaborativas 2017*. Brasília – DF

Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2020. Número Especial | Jun. 2021 ISSN 9352-7864. Brasília-DF. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/panorama-epidemiologico-da-coinfeccao-tb-hiv-no-brasil-2020>

Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids | 2021. Número Especial | Dez. 2021* ISSN 1517-1159. Brasília-DF. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: Qualiaids - Relatório 2007/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 27 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2014*. Ano III, nº 01. Brasília, 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (2015). Boletim Epidemiológico - HIV Aids Julho de 2014 a junho de 2015. Brasília - DF

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2017) Manual Técnico de Elaboração da Cascata do Contínuo do Cuidado. Brasília - DF

Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> (consultado em 05 de junho de 2020)

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom> (consultado em 05 de junho de 2020)

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/sistema-de-informacao/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de> (consultado em 05 de junho de 2020)

Brasil, Ministério da Saúde. SINAN Sistema de informação de agravos de notificação. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> (consultado em 05 de junho de 2020)

Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 12 nov. 2021.

Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na atenção Primária - v. 1. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016. 83 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Coleção Guia de Referência Rápida) ISBN 978-85-86074-44-8

Casseb J, Veiga APR, Magri MMC, Monteiro MA, Rocha RC, Gascon MRP, et al. Fighting HIV/AIDS in a developing country: lessons from a small cohort from the largest Brazilian city. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* [online]. 2020, v. 62 [Accessed 13 March 2022] , e58. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062058>>. Epub 31 Aug 2020. ISSN 1678-9946. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062058>.

Castanheira ERL, MIB Nemes, Almeida MAS, Puttini RS, Soares ID, Patrício KP, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde e Sociedade* [online]. 2011, v. 20, n. 4 [Acessado 10 Maio 2022] , pp. 935-947. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>>. Epub 12 Dez 2011. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.

Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos M, Santos AF, et al. (2018). Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB [Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB]. *Cadernos de saude publica*, 34(2), e00201515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>

Chernichovsky, D. The public-private mix in the modern health care system — concepts, issues, and policy options revisited. Working Paper n. 7881. NBER: September 2000. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=240733

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>

Cruz M, Santos A, Macieira C, Abreu D, Machado A & Andrade E. (2022). Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais [Assessment of the coordination of primary healthcare: comparison of PMAQ-AB (Brazil) and international references]. *Cadernos de saude publica*, 38(2), e00088121. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>

Duber HC, Roberts DA, Ikilezi G, Fullman N, Gasasira A, Gakidou E, et al. Evaluating facility-based antiretroviral therapy programme effectiveness: a pilot study comparing viral load suppression and retention rates. *Trop Med Int Health*. 2016 Jun;21(6):750-8. doi: 10.1111/tmi.12694. Epub 2016 Apr 20. PMID: 26996396.

Duda SN, Farr AM, Lindegren ML, Blevins M, Wester MW, Wools-Kaloustian K, et al. Characteristics and comprehensiveness of adult HIV care and treatment programmes in Asia-Pacific, sub-Saharan Africa and the Americas: results of a site assessment conducted by the International epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) Collaboration. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19045. Published 2014 Dec 15. doi:10.7448/IAS.17.1.19045

Duffus WA, Barragan M, Metsch L, Krawczyk CS, Loughlin AM, Gardner LI, et al. Antiretroviral Treatment and Access Studies Study Group (2003). Effect of physician specialty on counseling practices and medical referral patterns among physicians caring for disadvantaged human immunodeficiency virus-infected populations. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 36(12), 1577–1584. <https://doi.org/10.1086/375070>

Engelhard EA, Smit C, Van Sighem A, Reiss P, Nieuwkerk PT, Kroon FP, et al. Impact of HIV care facility characteristics on the cascade of care in HIV-infected patients in the Netherlands. *AIDS*. 2016 Jan;30(2):301-10. doi: 10.1097/QAD.0000000000000938. PMID: 26691550.

Engler K, Lènart A, Lessard D, Toupin I & Lebouché B. Barriers to antiretroviral therapy adherence in developed countries: a qualitative synthesis to develop a conceptual framework for a new patient-reported outcome measure. *AIDS Care*. 2018 Jan-Dec;30(sup1):17-28. doi: 10.1080/09540121.2018.1469725. Epub 2018 May 2. PMID: 29719990.

Esther AN, Engelhard CS, Pythia TN, Reiss P, Kroon FP, Brinkman K & Geerlings SE. (2016) Structure and quality of outpatient care for people living with an HIV infection, *AIDS Care*, 28:8, 1062-1072, DOI: 10.1080/09540121.2016.1153590

European Observatory on Health Systems and Policies. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019). Editors: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Health Policie Series | 53. ISBN 978 92 890 5175 0

Fonseca MGP, Coeli CM, Lucena FFA, Veloso VG & Carvalho MS. Accuracy of a probabilistic record linkage strategy applied to identify deaths among cases reported to the Brazilian AIDS surveillance database. *Cad Saude Publica*. 2010;26(7):1431–8.

Ford N, Eshun-Wilson I, Ameyan W, Newman M, Vojnov L, Doherty M, & Geng E. (2021). Future directions for HIV service delivery research: Research gaps identified through WHO guideline development. *PLoS medicine*, 18(9), e1003812. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003812>

Fritz CQ, Blevins M, Lindegren ML, Wools-Kaloutsian K, Musick BS, Cornell M, et al. Comprehensiveness of HIV care provided at global HIV treatment

sites in the leDEA consortium: 2009 and 2014. *J Int AIDS Soc.* 2017 Jan 6;20(1):20933. doi: 10.7448/IAS.20.1.20933.

Gompels M, Michael S, Jose S, Hill T, Trelvelion R, Sabin CA & May MT. The use of funnel plots with regression as a tool to visually compare HIV treatment outcomes between centres adjusting for patient characteristics and size: a UK Collaborative HIV Cohort study. *HIV Med.* 2018 Jul;19(6):386-394. doi: 10.1111/hiv.12604. Epub 2018 Apr 14.

Grangeiro A, Escuder MML & Castilho EA de. (2011). Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(suppl 1), s114–s128. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300012>

Grangeiro A, Escuder MML, Silva SR da, Cervantes V & Teixeira, P. R. (2012). Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde¹. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 954–975. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400014>

Grangeiro A, Castanheira ERL & Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, n. 52 [Acessado 1 Agosto 2022] , pp. 5-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.

Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C & Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis.* 2011;52(6):793-800. <https://doi.org/10.1093/cid/ciq243>

Hoffmann M, MacCarthy S, Batson A, Crawford-Roberts A, Rasanathan J, Nunn A et al. Barriers along the care cascade of HIV-infected men in a large

urban center of Brazil. *AIDS Care*. 2016;28(1):57-62. doi: 10.1080/09540121.2015.1062462. Epub 2015 Aug 20.

Holtzman CW, Brady KA & Yehia BR. Retention in care and medication adherence: current challenges to antiretroviral therapy success. *Drugs*. 2015 Apr;75(5):445-54. doi: 10.1007/s40265-015-0373-2.

IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2015 Nov-Dec; 14 Suppl 1:S3-S34.

Ikeda DJ, Hollander L, Weigl S, Sawicki SV, Belanger DR, West NY, et al. The Facility-Level HIV Treatment Cascade: Using a Population Health Tool in Health Care Facilities to End the Epidemic in New York State. *Open Forum Infect Dis*. 2018 Oct 26;5(10):ofy254. doi: 10.1093/ofid/ofy254.

Loch AP, Nemes MIB, Santos MA, Alves AM, Melchior R, Basso CR, et al. (2018). Evaluation of outpatient services in the Brazilian Unified National Health System for persons living with HIV: a comparison of 2007 and 2010. *Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. Cadernos de saude publica*, 34(2), e00047217. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00047217>

Loch AP, Caraciolo JMM, Rocha SQ, Fonsi M, Souza RA, Gianna MC et al. An intervention for the implementation of clinical monitoring in specialized HIV/AIDS services. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5): e00136219. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00136219>

Loch AP, Rocha SQ, Fonsi M, de Magalhães Caraciolo JM, Kalichman AO, de Alencar Souza R, et al. Improving the continuum of care monitoring in Brazilian HIV healthcare services: An implementation science approach. *PLoS One*. 2021 May 10;16(5):e0250060. doi: 10.1371/journal.pone.0250060.

Loch AP. Avaliação da qualidade dos serviços de assistência ambulatorial em AIDS, Brasil: estudo comparativo 2010/2017. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Kalichman AO. A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Korthuis PT, McGinnis KA, Kraemer KL, Gordon AJ, Skanderson M, Justice AC et. al. (2016). Quality of HIV Care and Mortality Rates in HIV-Infected Patients. *Clinical infectious diseases*, 62(2), 233–239. <https://doi.org/10.1093/cid/civ762>

Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, & Garner P. (2013). Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD009987. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009987.pub2>

Mabuchi S, Adeyinka ST & Bennett SC. Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan*. 2018 Jan 1;33(1):41-58. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/899841555501163394/pathways-to-high-and-low-performance-factors-differentiating-primary-care-facilities-under-performance-based-financing-in-nigeria>

MacCarthy S, Hoffmann M, Nunn A, Silva LAVD & Dourado I. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 Dec;40(6):418-426.

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003 Jul 25;17(11):1675-82. doi: 10.1097/00002030-200307250-00012.

Mash R., Almeida M., Wong WCW, Kumar R & Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Hum Resour Health* 13, 93 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0090-7>

Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSBE, Buchalla CM, et al. (2006). Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 143-151. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100022>

Melo, EA, I Maksud & Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Acessado 12 Março 2022] , e151. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>>. Epub 23 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.

Melo EA, Damião RAJJ, Filgueiras SL, Maksud I. Care for persons living with HIV in primary health care: reconfigurations of the healthcare network?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 12 [Accessed 12 March 2022] , e00344120. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>>. Epub 10 Dec 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>.

Miranda AE, Golub JE, Lucena F, Maciel EN, Gurgel M, & Dietze R. (2009). Tuberculosis and AIDS co-morbidity in Brazil: linkage of the tuberculosis and AIDS databases. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*,13(2), 137–141. <https://doi.org/10.1590/s1413-86702009000200013>

Meireles MV, Pascom ARP & Duarte EC. Factors Associated with Early Virological Response in HIV-Infected Individuals Starting Antiretroviral Therapy in Brazil (2014-2015): Results From a Large HIV Surveillance Cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Aug 1;78(4):e19-e27. PMID: 29557856; doi: 10.1097/QAI.0000000000001684

Mangal TD, Meireles MV, Pascom ARP, De Almeida Coelho R, Benzaken AS & Hallett TB. Determinants of survival of people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy in Brazil 2006–2015. *BMC Infect Dis* 2019; 19:206.

Morales Rodriguez K, Khalili J, Trevillyan J & Currier J. (2018). What Is the Best Model for HIV Primary Care? Assessing the Influence of Provider Type on Outcomes of Chronic Comorbidities in HIV Infection. *The Journal of infectious diseases*, 218(2), 337–339. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy101>

Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado R & Castanheira ERL. (2017). Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Revista de saude publica*, 51, 77. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711>

Nemes MIB, Marinho MFS, Kalichman AO, Grangeiro A, Alencar RS, Lopes JF. Prevalência da Aderência e Fatores Associados. In: *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids, 2000, p. 65-101 Nemes MIB (org). Série Avaliação 1 – Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aderencia_tratamento_anti_sp.pdf

Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2009, v. 55, n. 2 [Acessado 1 Agosto 2022] , pp. 207-212. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200028>>. Epub 29 Maio 2009. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200028>.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB & Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, suppl 2 [Acessado 3 Agosto 2022] , pp. S310-S321.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>>. Epub 28 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>.

Nemes MIB. Desenvolvimento da linha de pesquisa Qualiaids. [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina USP; 2009.

Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Conway S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. BMC Health Serv Res. 2009 Mar 20;9:51. doi: 10.1186/1472-6963-9-51.

Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. Revista de Saúde Pública [online]. 2013, v. 47, n. 1 [Acessado 3 Agosto 2022] , pp. 137-146. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100018>>. Epub 17 Maio 2013. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100018>.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchior R, et al. Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiaids. IN: Akerman M.; Furtado JP (Orgs). Práticas de avaliação em saúde no Brasil – Diálogos (p. 92 – 145) 1ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Alves AM, Adania CSS, Loch AP, Monroe AA et al. The QualiRede intervention: improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2019, v. 22, n. Suppl 1 [Acessado 9 Abril 2022] , e190010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190010.supl.1>>. Epub 26 Set 2019. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010.supl.1>.

New York, HIV/AIDS Bureau, HIVQUAL Workbook Guide for Quality Improvement in HIV Care New York State Department of Health AIDS Institute

Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau, New York, 2006.

Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili T, Sanine PR., Mendonça CS, et al. (2018). Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata [Importance of local management for delivery of primary health care according to Alma-Ata principles]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 42, e175. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>

O'Neill M, Karelis GD, Feller DJ, Knudsen-Strong E, Lajeunesse D, Tsui D & Agins BD (2015). The HIV Workforce in New York State: Does patient volume Correlate with quality? *Clinical Infectious Diseases*, 61(12),1871–1877.

Okie S. (2006). Fighting HIV- lessons from Brazil. *The New England journal of medicine*, 354(19), 1977–1981. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068069>

Opio D, Semitala FC, Kakeeto A, Sendaula E, Okimat P, Nakafeero B, et al. Loss to follow-up and associated factors among adult people living with HIV at public health facilities in Wakiso district, Uganda: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Sep 4;19(1):628. doi: 10.1186/s12913-019-4474-6.

Pascom ARP, Meireles MV & Benzaken AS. Sociodemographic determinants of attrition in the HIV continuum of care in Brazil, in 2016. *Medicine (Baltimore)*. 2018 May;97(1S Suppl 1):S69-S74. doi: 10.1097/MD.00000000000009857.

Rai T, Bruton J, Kall M, Ma R, Pufall E, Day S, et al. (2019). Experience of primary care for people with HIV: a mixed-method analysis. *BJGP open*, 3(4), [bjgpopen19X101665](https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101665). Advance online publication. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101665>

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. PARTNER Study Group. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV

Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 2016 Jul 12;316(2):171-81. doi: 10.1001/jama.2016.5148. Erratum in: *JAMA*. 2016 Aug 9;316(6):667. Erratum in: *JAMA*. 2016 Nov 15;316(19):2048. PMID: 27404185.

Ruivo A, Facchini LA, Tomasi E, Wachs LS & Fassa AG. (2021). Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018 [Availability of inputs for reproductive planning in three cycles of the Program for Improvement of Access and Quality in Basic Healthcare: 2012, 2014, and 2018]. *Cadernos de saude publica*, 37(6), e00123220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>

Santos IS, Ugá MAD & Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 13, n. 5 (pp. 1431-1440). (2008) <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>

Sanine PR, Dias A, Machado DF, Zarili T, Carrapato J, Placideli N, Nunes LO, Mendonça CS & Castanheira ERL. (2021). Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil [Influence of municipal management on the organization of children's healthcare in primary care services in the interior of the State of São Paulo, Brazil]. *Cadernos de saude publica*, 37(1), e00242219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219>

Saraceni V, Benzaken AS, Pereira G, Andrade KB, Oliveira PB, Arakaki-Sanchez D, et al. (2018). Tuberculosis burden on AIDS in Brazil: A study using linked databases. *PloS one*, 13(11), e0207859. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207859>

Stricker SM, Fox KA, Baggaley R, Negussie E, de Pee S, Grede N & Bloem MW. Retention in care and adherence to ART are critical elements of HIV care

interventions. *AIDS Behav.* 2014 Oct;18 Suppl 5:S465-75. doi: 10.1007/s10461-013-0598-6. PMID: 24292251.

Steward WT, Koester KA, Guzé MA, Kirby VB, Fuller SM, Moran ME, et al. Practice transformations to optimize the delivery of HIV primary care in community healthcare settings in the United States: A program implementation study. *PLoS Med.* 2020 Mar 26;17(3):e1003079. doi: 10.1371/journal.pmed.1003079. PMID: 32214312; PMCID: PMC7098549.

Turan B, Rogers AJ, Rice WS, Atkins GC, Cohen MH, Wilson TE, et al. Association between Perceived Discrimination in Healthcare Settings and HIV Medication Adherence: Mediating Psychosocial Mechanisms. *AIDS Behav.* 2017 Dec;21(12):3431-3439. doi: 10.1007/s10461-017-1957-5.

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. October 2014. Geneva, Switzerland. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Understanding fast-track: accelerating action to end the aids epidemic by 2030. June 2015 Geneva, Switzerland. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Undetectable = untransmittable. Public Health and HIV viral load suppression. 2018. Geneva, Switzerland. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf

United States Department of Health and Human Services. The HIV/AIDS Continuum of Care. Washington, DC: DHHS; 2013. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/glossary/hiv-continuum-care>

Valverde E, Del Rio C, Metsch L, Anderson-Mahoney P, Krawczyk CS, Gooden L & Gardener LI. Characteristics of Ryan White and non-Ryan White funded HIV medical care facilities across four metropolitan areas: results from the Antiretroviral Treatment and Access Studies site survey. *AIDS Care*. 2004 Oct;16(7):841-50. doi: 10.1080/09546120412331290130.

Viana ALd'A & Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009, p. 807-817. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>

Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein SB, Meirelles BHS & Andrade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2013, v. 66, n. 2 [Acessado 3 Agosto 2022] , pp. 271-277. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>>. Epub 03 Jun 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>.

Xia Q, Wiewel EW, Braunstein SL, Kersanske LS & Torian LV. Comparison of indicators measuring the proportion of human immunodeficiency virus-infected persons with a suppressed viral load. *Ann Epidemiol*. 2015 Apr;25(4):226-30. doi: 10.1016/j.annepidem.2015.01.014. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25727312.

Zambenedetti, GS & Azevedo RN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)* [online]. 2015, v. 20, n. 4 [Acessado 18 Setembro 2021] , pp. 229-240. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>>. ISSN 1678-4669. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>.

Wijesinghe S & Alexander JL. Management and treatment of HIV: are primary care clinicians prepared for their new role?. *BMC Fam Pract* 21, 130 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01198-7>

Weiser J, Beer L, Frazier EL, Patel R, Dempsey A, Hauck H & Skarbinski J. Service Delivery and Patient Outcomes in Ryan White HIV/AIDS Program-Funded and -Nonfunded Health Care Facilities in the United States. *JAMA Intern Med.* 2015 Oct;175(10):1650-9. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.4095.

World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>. Acesso: 17/05/2019.

Wiewel EW, Borrell LN, Jones HE, Maroko AR & Torian LV. Healthcare facility characteristics associated with achievement and maintenance of HIV viral suppression among persons newly diagnosed with HIV in New York City. *AIDS Care.* 2019 Dec;31(12):1484-1493. doi: 10.1080/09540121.2019.1595517. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30909714.