



Guia para obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS DE SÃO
PAULO
PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO
2022



Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD
Secretaria de Estado da Saúde - SP

Guia para obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo



1ª Edição

São Paulo

Novembro de 2022

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

Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS-SP

Alexandre Gonçalves - Coordenador
Maria Clara Gianna - Adjunta
Rosa Alencar Souza - Adjunta

Organizadoras

Mariliza Henrique da Silva
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo

Autores

Mariliza Henrique da Silva
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo
Vilma Cervantes
Mariza Vono Tancredi
Débora Cristina Molla Scuriza
Maria Aparecida Silva

Revisão do Questionário e Indicadores

Alexandre Gonçalves*, Adriana Magalhães*, Angela Tayra*, Artur O Kalichman*, Eliane Regina Catalano Monteiro****, Ivone de Paula*, Jean Carlos de Oliveira Dantas*, Karen Mirna Loro Morejon*****, Karina Wollfenbutel*, Mara Cristina Vilela* Marcia Teresinha Fernandes Santos*, Maria Clara Gianna*, Maria Cristina Abbate**, Marinna M Ciconetti***, Mylva Fonsi*, Naila J S Santos*, Nanci Garrido Butin****, Rosa Alencar Souza *

Design Gráfico

Rodrigo Henrique Abdalla da Silva

*CRT – Programa Estadual de DST/AIDS- SP

** Programa Municipal de IST/aids São Paulo

***Programa Municipal de IST/aids Itanhaém

**** Programa Municipal de IST/aids Ribeirão Pires

*****GVE XV Bauru

***** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Apoio:

Fundação de Apoio Ensino e Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (FAEPA) e GlaxoSmithKline (GSK)

FICHA CATALOGRÁFICA

Guia para obtenção dos selos de boas práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo [livro eletrônico] / Mariliza Henrique da Silva... [et al.]. -- 1. ed. -- São Paulo: CRT DST/Aids, 2022. PDF.

Outros autores: Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Vilma Cervantes, Mariza Vono Tancredi, Débora Cristina Molla Scuriza, Maria Aparecida Silva.

Bibliografia.

ISBN 978-65-87964-05-8

1. Administração pública 2. AIDS (Doença) - Prevenção 3. HIV (Vírus) - Prevenção 4. Saúde pública 5. São Paulo (Cidade) 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Silva, Mariliza Henrique da. II. Cervantes, Vilma. III. Tancredi, Mariza Vono. IV. Scuriza, Débora Cristina Molla. V. Silva, Maria Aparecida.

22-134258

CDD-362.1969792

Esta publicação pode ser reproduzida no todo ou em partes desde que citada a fonte. Disponível em meio eletrônico - www.crt.saude.sp.gov.br

Apresentação

O Programa de Qualificação de Boas Práticas para os municípios com Serviços Especializados em HIV/aids é uma das estratégias do Programa Estadual de IST/Aids de São Paulo para fortalecer a gestão e a rede de IST/aids no Sistema Único de Saúde (SUS) de modo a aprimorar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, vinculação, assistência e tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids.

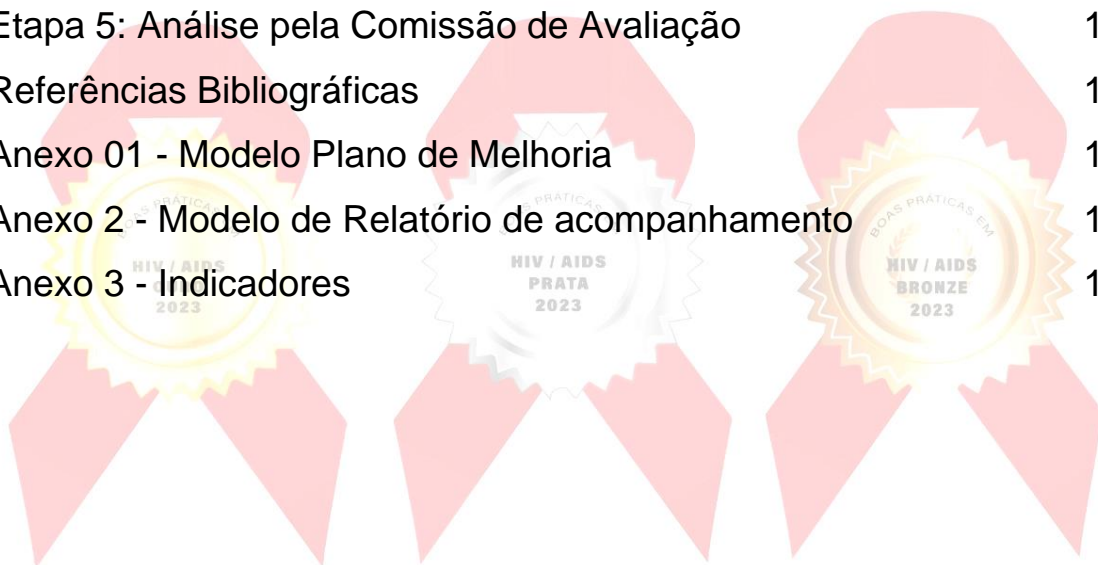
Além das etapas do contínuo do cuidado em HIV/Aids, o Programa de Qualificação de Boas Práticas também almeja qualificar ações da vigilância epidemiológica e de sistemas de informação, monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas voltadas a esta temática.

Este "Guia para obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo" objetiva padronizar os procedimentos para a obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/aids nos municípios do estado de São Paulo que possuem Serviços Especializados em HIV/aids. Escrito para apoiar os municípios na obtenção dos selos, o guia detalha os objetivos do Programa, toda a metodologia de análise e os procedimentos necessários para a obtenção do Selo de Boas Práticas de produção em saúde. Deve ser utilizado para orientar os municípios em relação às Práticas em HIV/aids, bem como a verificação do desempenho dos mesmos, podendo este obter Selo Ouro, Prata e Bronze a depender dos seus indicadores.

Ressalta-se que este processo busca sobretudo impulsionar uma melhoria contínua e sustentada dos processos nas instituições de saúde e nos Programas Municipais. Por meio do estímulo a Boas Práticas espera-se que os municípios aperfeiçoem seus processos de forma a produzir melhores resultados, melhor qualidade na atenção ofertada e, também, maior confiabilidade das informações e eficiência das atividades gerenciais.

Índice

Introdução	08
Objetivo	10
Metodologia	10
Etapa 1: Análise de Boas Práticas em HIV/aids (inicial)	11
Etapa 2: Ações	13
Etapa 3: Análise de Boas Práticas	14
Etapa 4: Submissão de Documentos	14
Etapa 5: Análise pela Comissão de Avaliação	14
Referências Bibliográficas	15
Anexo 01 - Modelo Plano de Melhoria	17
Anexo 2 - Modelo de Relatório de acompanhamento	18
Anexo 3 - Indicadores	19



Glossário

Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

PE de SP – Programa Estadual de São Paulo

CE IST/Aids SP - Coordenação Estadual de IST/Aids de São Paulo

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

ONU – Organização das Nações Unidas

PQBP HIV/Aids - Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids -

Qualiaids - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS

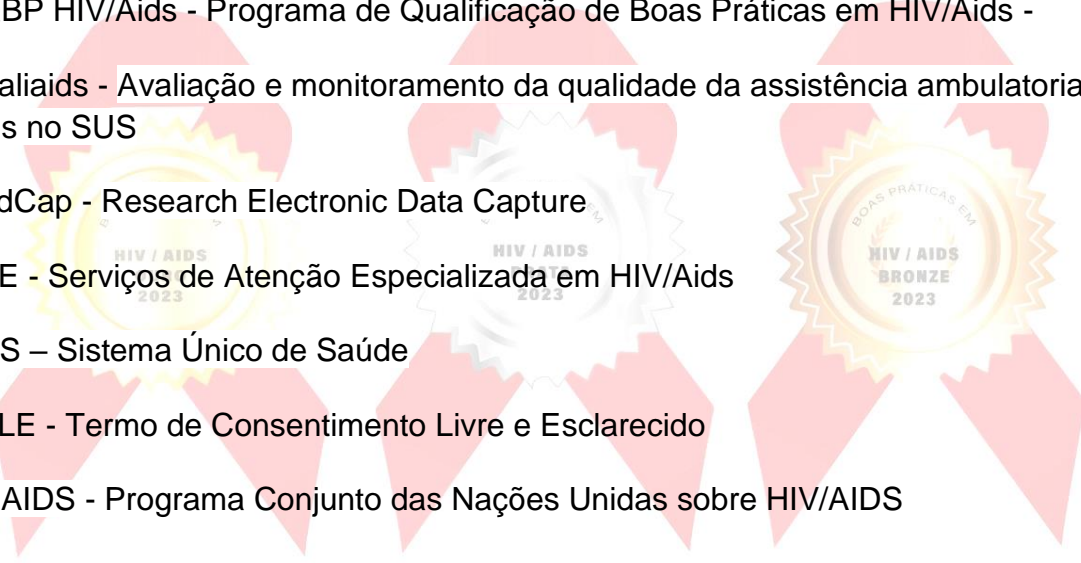
RedCap - Research Electronic Data Capture

SAE - Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS



Guia para obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo

1. Introdução

A eficácia de tecnologias nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids para controlar a doença e a sua transmissão, levou o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) a propor na ONU uma meta que visa o fim da epidemia em 2030, atualmente conhecida como meta 95-95-95. A meta foi lançada no Dia Mundial de Luta contra a Aids em 2014 quando prefeitos de todo o mundo se reuniram em Paris, na França, para assinar uma declaração se comprometendo com o fim da epidemia em suas cidades até 2030.

Entre os compromissos da Declaração de Paris está o alcance das metas 95-95-95 do UNAIDS que objetiva ter até o ano 2025, 95% das pessoas diagnosticadas, destas 95% em tratamento e destas 95% com carga viral indetectável. O impacto esperado com o cumprimento das metas é que, a partir de 2030, ocorram zero novas infecções pelo HIV, zero mortes relacionadas à AIDS e zero discriminação.

Para monitorar o progresso destas metas, diferentes países têm construído um modelo do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo com HIV. Este modelo pode ser analisado por uma ferramenta chamada de “cascata”. Baseada em modelagens matemáticas, a cascata é comumente representada como um gráfico de barras que apresenta de forma desagregada a distribuição linear dos usuários (de um país, estado ou município), que estão inseridos em cada etapa do cuidado¹. A Cascata brasileira do Cuidado Contínuo em HIV contém seis etapas: “estimativa de pessoas com HIV/Aids”, “diagnosticados”, “vinculados”, “retidos”, “em tratamento antirretroviral” e “suprimidos”.

A 10 anos do prazo para o fim da epidemia o UNAIDS avalia em seu relatório de 2020 que houve um progresso significativo embora mundialmente desigual, em especial relacionado ao acesso à terapia antirretroviral². Para o UNAIDS o mundo só conseguirá vencer a AIDS quando acabarem as desigualdades que impulsionam a epidemia. Um dos principais desafios encontrados é colocar as pessoas no centro do cuidado para combater as iniquidades arraigadas e ampliar o acesso universalmente^{4,5}. Ampliar acesso requer reorganização dos processos de trabalho, articulação em rede, desenvolvimento de práticas mais abrangentes e integrais.

Consoante com esta proposta a Coordenação Estadual de IST/Aids de São Paulo/Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids tem investido fortemente na ampliação do acesso ao diagnóstico, ao tratamento e em ações para a melhoria da qualidade do cuidado prestado às pessoas infectadas e doentes. Atualmente o Estado de São Paulo tem 203 Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAE) e 123

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e a maioria desses serviços está localizada nos 160 municípios considerados prioritários para IST/HIV/Aids no estado.

A consolidação da Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no Estado tem sido prioritária para o Programa Estadual de IST/Aids-SP desde 2015, quando a rede foi instituída⁶. Esta estratégia ganhou novos horizontes a partir do final de 2021 quando o Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, assinou a Declaração de Paris e São Paulo passou a ser o primeiro Estado brasileiro a ser signatário da Declaração de Paris, até então privilégio de municípios⁷.

Para avançar na resposta no Estado de São Paulo o Programa Estadual de IST/Aids propõe a implementação do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/aids para os municípios com Serviços Especializados em HIV/aids (SAE) visando fortalecer a gestão e a rede de IST/aids no Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, vinculação, assistência e tratamento, além da qualificação da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas voltadas a esta temática.

Sabe-se que as “Boas Práticas” têm potencial para transformar os desfechos clínicos dos pacientes e qualificar a produção do cuidado em saúde, por meio de diretrizes clínicas e de gestão⁸⁻¹⁰.

A implementação de Boas Práticas em HIV/aids nos municípios reflete o bom funcionamento, a confiabilidade das informações prestadas e a eficiência das atividades gestoras. A abordagem por processo com foco no modelo do contínuo do cuidado em HIV/Aids (etapas da cascata), permite que os gestores localizem as dificuldades e identifiquem soluções para problemas comuns por meio de intervenções tangíveis e sustentáveis que afetam a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids¹¹.

Os municípios e SAE receberão um certificado/Selo, de acordo com o resultado obtido no processo de qualificação, a saber:

- Em processo de qualificação
- Selo Bronze (Validado Nível Bom)
- Selo Prata (Validado Nível Ótimo)
- Selo Ouro (Validado Nível Excelente)

Este guia se destina a apoiar os municípios com Serviços Especializados em HIV/Aids do Estado de São Paulo na obtenção de selos do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids.

2. Objetivo

O Programa de Qualificação para obtenção de Selos de Boas Práticas em HIV/aids tem como objetivo apoiar os municípios na qualificação da atenção à saúde na temática do HIV/aids, nas diferentes etapas do contínuo do cuidado, com priorização dos serviços especializados em HIV/Aids (SAE), de forma a instrumentalizá-los para obtenção dos selos. Esse processo busca estimular uma melhoria contínua e sustentada dos processos nas instituições de saúde e nos municípios e acelerar a resposta do estado rumo ao fim da epidemia.

3. Metodologia

O Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids - PQBP HIV/Aids visa incentivar a contínua e progressiva melhoria dos processos e práticas desenvolvidas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids, por meio da análise e estratificação de um conjunto de indicadores que demonstrem seu desempenho frente às diferentes etapas da cascata do contínuo do cuidado em HIV.

O Programa irá se basear em levantamentos de informações, dados e indicadores que envolvem o planejamento e a implementação de ações, atividades e processos destinados a produzir avanços na resposta dos municípios à epidemia de aids.

Todos os municípios com SAE podem participar do PQBP HIV/aids. Ao participar do programa para obter o selo de Boas Práticas, o município deverá responder a um levantamento sobre as práticas implantadas nos serviços (no início e no final do programa); responder o questionário Qualiaids (se estiver sendo aplicado no estado); participar de reuniões virtuais e elaborar um plano de melhoria das práticas vigentes. O certificado será concedido aos municípios que atenderem aos critérios estabelecidos no Guia para obtenção dos Selos de Boas Práticas em HIV/Aids no Estado de São Paulo.

Este programa irá basear-se em levantamentos que envolvem o planejamento e a implementação de práticas/processos (mudanças, inovações) – destinadas a produzir avanços, melhorias, na produção de saúde dos municípios – e os posteriores resultados dos efeitos dessas Implementações.

Espera-se que ao final os municípios aperfeiçoem seus processos de forma a produzir melhores resultados, melhor qualidade na atenção ofertada e, também, maior confiabilidade das informações e eficiência das atividades gerenciais.

Poderão participar do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids:

- Municípios que contam com Serviços Especializados em HIV/Aids (SAE) do Estado de São Paulo.
- Municípios que concordem com o Programa de Qualificação de Boas Práticas e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Municípios que respondam aos instrumentos do Programa de Qualificação de Boas Práticas, de modo a atestar as práticas informadas.
- Municípios que cumpram todas as etapas propostas no Programa de Qualificação de Boas Práticas.
- Municípios que participem das reuniões e atividades propostas.

O processo será conduzido majoritariamente de modo virtual, terá um ano de duração e será desenvolvido em cinco etapas: análise das boas práticas em HIV/aids (inicial), intervenção (plano de melhoria e capacitação), análise de boas práticas (final), submissão da documentação e análise pela Comissão de Avaliação. Ao final serão conferidos aos serviços/municípios os Selos de Boas Práticas em Ouro, Prata ou Bronze, de acordo com o desempenho apresentado.

Para participar do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e preencher o questionário de levantamento de Boas Práticas, em formulário eletrônico desenvolvido no RedCap, pelo coordenador municipal de IST/aids ou seu equivalente e assinatura do TCLE. O período para preenchimento do questionário será pré determinado e amplamente divulgado,

Será realizada uma reunião via web com os municípios: esta reunião será online com todos os participantes (Municípios e SAE) para apresentar todo o processo do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids, dirimir as dúvidas e programar uma agenda mínima de reuniões.

Etapa 1: Análise das boas práticas em HIV/Aids (inicial)

Esta etapa é de fundamental importância para a estratificação inicial do município e de seus serviços especializados, determinando o ponto de partida no processo e possibilitando a elaboração de metas de crescimento e melhoria. Todos os municípios que desejam obter o selo de Boas Práticas e/ou participação no Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids deverão responder os instrumentos desta etapa.

Com os instrumentos preenchidos será possível verificar qual a conformidade de boas práticas o município se encontra (selos ouro, prata ou bronze). Dependendo do resultado obtido o município deverá optar se faz a inscrição no Programa de

Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids ou se já realiza a submissão da documentação para análise e validação do selo pela Comissão de Avaliação sem passar pelo Programa de Qualificação. Com exceção dos municípios que preencherem os critérios do Selo Ouro de Boas Práticas neste momento inicial, recomenda-se fortemente que todos se inscrevam no Programa de Qualificação de modo a avançarem na resposta local à epidemia de aids, progredindo de Bronze para Prata ou Prata para Ouro.

O Município que decidir se inscrever no Programa de Qualificação deverá responder o questionário e ter em mãos todos os instrumentos preenchidos porque esta documentação será utilizada no Programa de Qualificação.

A análise de Boas Práticas será realizada no início e ao final do Programa de Qualificação, respectivamente. O processo será constituído por informações e indicadores inerentes as etapas de Promoção/Prevenção (incluindo zero discriminação), Diagnóstico, Vinculação, Retenção, Tratamento e Adesão/Supressão viral, obtidas por meio de:

1. Aplicação de questionário para levantamento das boas práticas implantadas no momento zero (linha de base).
2. Questionário Qualiaids*. Este questionário será utilizado na análise das boas práticas apenas se estiver sendo aplicado no Estado pelo Programa Estadual e/ou Ministério da Saúde no período de levantamento das boas práticas.

*O Questionário Qualiaids¹⁴ é um questionário eletrônico, auto aplicável, que o Ministério da Saúde utiliza como política pública de avaliação da qualidade dos serviços que prestam assistência ambulatorial às PVHIV e tem sido aplicado no Estado desde sua proposição no ano 2000.

Nesta fase será realizado Reunião de programação com os municípios participantes para planejamento conjunto do processo de qualificação entre o coordenador municipal de IST/aids, ou seu equivalente, e o facilitador do Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids.

Etapa 2. Ações

Esta etapa tem como objetivo a construção de um plano de melhoria a partir de reflexões sobre o propósito, foco e atividades prioritárias das etapas do cuidado contínuo em HIV/Aids e o alcance das mesmas, com oferecimento de exemplos de boas práticas.

Serão disponibilizados para os municípios 24 encontros online, de duas horas de duração, totalizando 48 horas. Nestes encontros serão revisadas as diretrizes nacionais, estaduais e municipais de cuidado em HIV/aids por meio de uma reflexão sobre o seu cumprimento e os dados e informações coletadas nos instrumentos previamente preenchidos na Etapa.1. Espera-se que as discussões destes encontros subsidiem a construção de um plano de melhoria que contenham ações que possam mudar a realidade encontrada.

Durante essa fase, o Coordenador Municipal de IST/aids, ou seu equivalente, juntamente com os profissionais dos SAE realizarão um exercício para detectar o que está sendo realizado (evidências positivas) e o que poderá ser feito para melhorar (áreas de melhoria).

Os instrumentos previamente preenchidos na etapa 1 (análise de Boas Práticas) deverão subsidiar essas discussões e serem analisados de modo a identificar os indicadores, competências e boas práticas presentes, contribuindo com evidências e provas que demonstrem o nível de competência. Estas discussões visam facilitar a melhoria contínua para a obtenção dos selos por meio da:

- Identificação de pontos fortes com o propósito de mantê-los e inclusive melhorá-los;
- Identificação de áreas de melhoria, a fim de reforçá-las e torná-las pontos fortes;
- Estabelecimento de objetivos e plano de ação para a qualificação de Boas Práticas.

A partir da Análise dos instrumentos respondidos e dos aspectos abordados nos encontros on-line, esta etapa deverá:

- a. Priorizar os pontos de melhoria (nós críticos)
- b. Descrever planos de ação comuns para cada ponto de melhoria
- c. Planejar a implementação

O plano deverá estar no modelo do anexo 01

Este plano deverá ser encaminhado para o facilitador, que deverá apoiar a sua implementação.

Etapa 3. análise de boas práticas (final)

Após a implementação das ações do Plano de melhoria, o Coordenador Municipal, ou seu equivalente, deverá responder novamente os mesmos instrumentos da Etapa 1 e elaborar um relatório baseado no Plano de melhoria, apontando facilidades e dificuldades encontradas, além das melhorias e produtos que comprovem as Boas Práticas, de modo que a nova realidade possa ser refletida nos dados. Para tanto, está disponibilizado um modelo de relatório de acompanhamento (anexo 2).

Etapa 4: Submissão da documentação

Toda documentação referente a **Etapa 3** (ou seja, o ANEXO 02) deverá ser encaminhada para o facilitador para conferência. Posteriormente o município deverá encaminhar a documentação para a Comissão de Avaliação, anexando o material em formulário eletrônico desenvolvido no RedCap.

Etapa 5: Análise pela Comissão de Avaliação

O Programa Estadual de IST/aids de São Paulo, a fim de assegurar a credibilidade da validação, instituirá a Comissão Estadual de Avaliação (CEA) das Boas Práticas, com caráter consultivo e deliberativo, composta por 10 profissionais.

A Comissão de Avaliação irá analisar a documentação fornecida com base nas diretrizes vigentes, alcance de metas estaduais e processos de trabalho em vigor nos serviços especializados, para poder determinar o nível de Boas Práticas, os pontos fortes e eventuais áreas de melhoria. Se necessário, a Comissão de Avaliação poderá eventualmente solicitar envio de dados adicionais.

O resultado obtido no processo de qualificação pode ser:

- Em processo de qualificação (quando houver pendências que precisam ser resolvidas para conclusão do parecer final) - cumprimento até 59%.
- Selo Bronze (Qualificação Nível Bom) – cumprimento de 60 a 74% dos indicadores.
- Selo Prata (Qualificação Nível Ótimo) – cumprimento de 75 a 89% dos indicadores.
- Selo Ouro (Qualificação Nível Excelente) - cumprimento igual ou maior que 90% dos indicadores.

Concluída a análise, a Comissão de Avaliação emitirá um relatório com o parecer sobre a situação detectada, especificando o nível do Selo de Boas Práticas obtido pelo Município e recomendações para eventuais pendências identificadas para a obtenção do Selo de Boas Práticas. Caso sejam constatadas pendências, essas serão encaminhadas aos municípios para as devidas adequações e, nestas situações, o parecer inicial constará como “Em processo de qualificação”.

Após a regularização das eventuais pendências, o município deverá submeter novamente a documentação para reanálise e parecer definitivo da Comissão de Avaliação.

O Selo será concedido aos municípios que atenderem aos critérios estabelecidos no anexo 03 deste Guia de Qualificação de Boas Práticas em IST/ HIV/aids.

Referências bibliográficas:

1. Unaid. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014. Disponível em https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf. Acesso em 05 de dezembro de 2022.
2. UNAIDS. Understanding fast-track. Accelerating action to end the aids epidemic by 2030. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf. Acesso em 15 de janeiro de 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília; Ministério da Saúde, 2017. 48. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>. Acesso em 21 de março de 2022.
4. UNAIDS. Prevailing against pandemics by putting people at the centre. World Aids Day Report. 2020. Disponível em <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/prevailing-against-pandemics>. Acesso em 21 de março de 2022.
5. Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
6. São Paulo. SES. Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, publicada no Nº 35 – DOE de 24/02/15 – Seção 1 – p.33. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/legislacao/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude/acessar-os-informes-eletronicos/2015/fevereiro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-35-24022015>.
7. Folha de São Paulo. Estado de São Paulo assina Declaração de Paris e se compromete a acelerar a resposta ao HIV. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/161423-estado-de-sao-paulo-assina-declaracao-de-paris-e-se-compromete-acelerar-resposta-ao-hiv>. Acesso em 10 de janeiro de 2021.

8. DuFour, R., & Eaker, R. (1998). Professional Learning Communities at Work: Best Practices for Enhancing Student Achievement. Bloomington, IN: National Educational Service. [Creative Education](#), Vol.5 No.11, June 23, 2014.
9. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller P. Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2007;4(4):210–219. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>
10. Maina G, Mill J, Chaw-Kant J, Caine V. A systematic review of best practices in HIV care. *J HIV AIDS Soc Serv*. 2016;15(1):114-126. doi:10.1080/15381501.2015.1116037.
11. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Understanding the HIV care continuum [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 20];1-4. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/factsheets/cdc-hiv-care-continuum.pdf>.
12. Rocha, Marisa Lopes da e Aguiar, Katia Faria de Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2003, v. 23, n. 4 [Acessado 10 de março de 2022] , pp. 64-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>>. Epub 28 Ago 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.
13. São Paulo. CRT DST/AIDS. SES. Diretrizes e Metas do Programa Estadual de IST/HIV/Aids, 2021-2022. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/crt/publicacoes/materiais/diretrizes_e metas_2021_e_2022_final.pdf?attach=true. Acesso em 04 de fevereiro de 2022.
14. University of São Paulo Medical School. Qualiaids. Sistema de avaliação da qualidade organizacional dos serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV. University of Sao Paulo Medical School. [Cited 2020 June 25]. Disponível em: www.qualiaids.fm.usp.br.
15. Hemming K, Haines T P, Chilton P J, Girling A J, Lilford R J. The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting *BMJ* 2015; 350 :h391 doi:10.1136/bmj.h391.
16. Planejamento, monitoramento e avaliação da resposta às IST/Aids: um resgate histórico da trajetória na construção de novos caminhos.São Paulo - CRT DST/Aids, 2021.




Anexo 01 - Modelo Plano de Melhoria

MODELO LÓGICO

Maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito.

Deve incluir as relações entre os recursos disponíveis, as atividades planejadas e os efeitos que o projeto pretende alcançar.

Representa a racionalidade do projeto. Frequentemente é apresentado como um fluxograma ou uma tabela, que explicita a sequência de passos que conduzem aos efeitos do projeto.

PROBLEMA			
RECURSOS	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS
			

1. **Problema:** Realidade insatisfatória superável, que pode ser transformada para uma realidade mais satisfatória.
2. **Recursos:** são os insumos **já disponíveis** para a execução das atividades: financeiros, materiais, normas.
3. **Atividades:** são os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados visando os efeitos desejados.
4. **Produtos:** são os efeitos imediatos das atividades: número de consultas, acolhimentos ou capacitações realizadas.
5. **Resultados:** são os efeitos repercutidos na população priorizada na atividade: aumento do uso do preservativo, mudança de práticas pelos profissionais.

Anexo 02 - Modelo de Relatório de acompanhamento

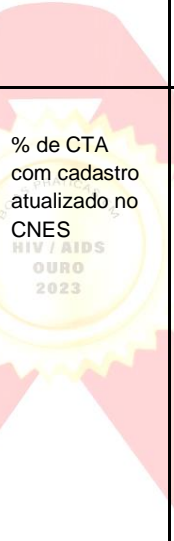


Relatório de Acompanhamento é um instrumento que possibilita analisar o processo, auxiliando o acompanhamento das metas do plano de melhoria e reorientação das atividades.

Permite visualizar o passado (ações planejadas/executadas), o presente (resultados alcançados e as facilidades e dificuldades) e o futuro (proposições).

PROBLEMA						
PLANEJADO	EXECUTADO	PRODUTOS	FACILIDADES	DIFICULDADES	PROPOSIÇÕES	
NÃO PLANEJADO, PORÉM EXECUTADO		PRODUTOS	FACILIDADES	DIFICULDADES	PROPOSIÇÕES	

Anexo 03 - Indicadores

Etapas	Aspectos estratégicos de Boas Práticas	Recomendação	Indicador	Cálculo	Pontuação 03	Pontuação 02	Pontuação 01	Pontuação 00 (zero)	Fonte	Observação/ Referência
Gestão	Cadastro dos SAE/CTA no Programa Estadual de IST/aids de SP	Todos os serviços especializados em HIV Aids devem ter seus cadastros atualizados no Programa Estadual de IST/aids de São Paulo	% de SAE com cadastro atualizado no PE IST/HIV/Aids de SP	Nº de SAE com cadastro atualizado*100 /NºSAE	>=90% dos SAE	75 a 89% dos SAE	60 a 74%	<60%	Cadastro de serviços especializados os HIV/Aids - PE HIV/aids São Paulo	
	Cadastro dos SAE no CNES	Todos os serviços especializados em hiv/aids (centro de testagem e aconselhamento - CTA, serviço de atenção especializada - SAE, centro de referência e treinamento -	% de SAE com cadastro atualizado no CNES como serviço 106 classificação 003 ou 004	Nº de SAE com cadastro no CNES*100/Nº SAE	>=90% dos SAE	75 a 89% dos SAE	60 a 74%	<60%	CNES	

	CRT, assistência domiciliar terapêutica em aids/ADT, unidade dispensadora de medicamentos - UDM) devem estar cadastrados no CNES código de serviço 106								
Cadastro dos CTA no CNES	Todos os serviços especializados em hiv/aids (centro de testagem e aconselhamento - CTA, serviço de atenção especializada - SAE, centro de referência e treinamento - CRT, assistência domiciliar terapêutica em aids/ADT, unidade dispensadora de medicamentos - UDM) devem estar cadastrados no	% de CTA com cadastro atualizado no CNES 	Nº de CTA com cadastro no CNES*100/Nº SAE	>=90% dos CTA 	75 a 89% dos CTA	60 a 74%	<60% 	CNES	

	CNES código de serviço 106								
Eliminação da TVHIV	Recomenda-se que os municípios acima de 100.000 habitantes, se candidatem a certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e/ou a certificação por meio do Selo de Boas Práticas do Ministério da Saúde	Ter se candidatado a Certificação e/ou selos de Boas práticas da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV do Ministério da Saúde		Recebeu certificação da eliminação da TVHIV	Recebeu selo de Boas práticas da Eliminação da TVHIV	Ter se candidata do a Certificação e/ou selos de Boas práticas da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV do Ministério da Saúde	Não se candidato u a Certificação e/ou selos de Boas práticas da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV do Ministério da Saúde	Cadastro e resultado da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Selos -PESP	
Qualiaids	Avaliar a qualidade dos serviços que prestam assistência	% de SAE que tiveram o Qualiaids aplicado	Nº de SAE com Qualiaids aplicado*100/NºSAE	>=90% dos SAE	75 a 89% dos SAE	60 a 74%	<60%	Banco Qualiaids	

	ambulatorial às PVHIV								
Acesso à terapia antirretroviral	Todo SAE deve ter uma Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM.	% de SAE com UDM	Nº de SAE com UDM*100/Nº SAE	>=90% dos SAE	75 a 89% dos SAE	60 a 74%	<60%	SICLOM	São Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) os estabelecimentos integrantes de serviço de saúde público, filantrópico ou privado sem fins lucrativos, que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia (TARV), bem como seu acompanhamento e monitoramento, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos.
Sistematizar proposições políticas do governo municipal na área do HIV/aids	Constar no Plano Municipal de Saúde meta e/ou ação de enfrentamento ao HIV/aids	Ter pelo menos uma meta de enfrentamento ao HIV/aids no Plano Municipal de saúde 2022 - 2025	-	Sim	-	-	Não	DIGISUS Plano Municipal de Saúde	-

<p>Descrever as linhas estratégicas de ação a ser implementadas no ano, para melhorar e ampliar a prevenção e o controle do HIV</p>	<p>Todo município com SAE deve realizar Programação de atividades em IST/aids, englobando as Etapas do Cuidado (Promoção, prevenção, diagnóstico, vinculação, retenção, adesão, supressão viral).</p>	<p>Ter Programação anual de atividades em IST/aids</p>	<p>-</p>	<p>Sim</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Não</p>	<p>Programação anual de atividades de IST, HIV/aids</p>	
<p>Documentos ou Boletins municipais com dados epidemiológicos do HIV/aids</p>	<p>Recomenda-se que os municípios tenham os dados de HIV/Aids analisados e as informações e os indicadores divulgados</p>	<p>Existência de documentos ou boletins municipais recentes com dados epidemiológicos sobre HIV (último ano)</p>	<p>-</p>	<p>Sim</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Não</p>	<p>Boletins ou documentos com dados epidemiológicos (ex. relatórios) recentes do último ano. Considerar SIM a comprovação da documentação. Considerar NÃO a ausência da documentação.</p>	<p>São dados importantes de serem agregados para análise e divulgação de informação: Gestantes testadas para HIV e em tratamento pacientes em PrEP, incidência de HIV e Aids, mortalidade por Aids, gap de tratamento, carga viral detectável, abandono de terapia antirretroviral, notificação e indicação de tratamento de ILTB por critério CD4, tratamentos e desfechos relativos à ILTB e tuberculose doença. Estes dados estão disponíveis em boletins e sistemas amplamente disponibilizados.</p>

<p>Ações educativas na Temática do HIV/aids</p>	<p>Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam capacitados e atualizados na sua área de atuação; realize campanhas/ ações educativas para a população no último ano; e realize treinamentos/capacitações para rede de atenção a saúde</p>	<p>Ter equipe do SAE capacitada; ter realizado no mínimo 2 campanhas e ações educativas no último ano; e ter realizado um treinamento/capacitação para a rede de atenção à saúde no último ano</p>	<p>Somatória: Ter equipe do SAE capacitada (3 pontos); ter realizado no mínimo 2 campanhas e ações educativas no último ano (1 ponto); e ter realizado um treinamento/capacitação para a rede de atenção à saúde no último ano (2 pontos)</p>	<p>6 pontos</p>	<p>5 pontos</p>	<p>4 pontos</p>	<p>< 3 pontos</p>	<p>Lista de Presença e/ou certificados de capacitações e/ou treinamento, para as Campanhas (cadastro fique sabendo, fotos) Considerar SIM a comprovação da documentação. Considerar NÃO a ausência da documentação.</p>	<p>A Educação Continuada está relacionada a processos de aprendizado posteriores à formação inicial, sob a modalidade de capacitações e atualizações, dentre outros, de modo que, geralmente, parte de uma escolha pessoal do(a) trabalhador(a), podendo haver ou não relação com uma necessidade do serviço. Ela compreende iniciativas educacionais que, por meio de programas curriculares previamente estruturados, objetivam a aquisição de conhecimento e/ou habilidade específicos, lançando mão de conhecimentos técnico-científicos, administrativos e operacionais. Por sua vez, na perspectiva da EPS, as ações educativas devem ser compreendidas para além da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, ou seja, como processos de construção de conhecimentos, habilidades e atitudes por parte de sujeitos críticos e reflexivos, que contribuem para a transformação da realidade e para a criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho.</p>
---	--	--	---	-----------------	-----------------	-----------------	----------------------	---	---

<p>Ouvidoria ou existência de processo de escuta que tenha funcionamento regular e que haja retorno ao usuário de suas demandas.</p>	<p>Recomenda-se que os SAE mantenham canal aberto de comunicação com os seus usuários para receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados</p>	<p>% SAE com ouvidoria ou canal aberto de comunicação com o usuário</p>	<p>Nº de SAE com ouvidoria ou processo de escuta*100/ Nº de SAE</p>	<p>>=90% dos SAE</p>	<p>75 a 89% dos SAE</p>	<p>60 a 74%</p>	<p><60%</p>	<p>Não considerar a Ouvidoria Municipal. Considerar SIM a existência de processo de escuta que tenha funcionamento regular e que haja retorno ao usuário de suas demandas. Considerar NÃO a inexistência de processo de escuta e/ou ausência de retorno às demandas do usuário</p>	<p>Diz respeito ao local responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.</p>
--	--	---	---	-------------------------	-------------------------	-----------------	----------------	--	--

<p>Estabelecimento de Comitê(s) de Mortalidade para a investigação de Óbitos por Aids</p>	<p>Recomenda-se que o município possua Comitê(s) de Mortalidade para a Investigação de Óbitos por Aids com composição e sistematização do processo de trabalho definidos</p>	<p>Ter Comitê(s) de Mortalidade responsável pela Investigação de Óbitos ocorridos por causa básica "Aids"</p>	<p>-</p>	<p>Sim</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Não</p>	<p>Verificar a documentação o que estabelece a composição e o processo de trabalho deste(s) Comitê(s), bem como os relatórios referentes ao seu trabalho</p>	<p>A discussão dos óbitos por Aids pode ocorrer em Comitês Municipais de Mortalidade, porém recomenda-se a existência de processo de trabalho estabelecido nos Serviços de Assistência Especializada no cuidado de PVHA (SAE) para a investigação e análise multiprofissional dos óbitos por Aids e por outras causas básicas ocorridos entre seus usuários e que estes, de alguma forma, estejam integrados aos Comitês Municipais</p>
<p>Investigação de óbitos ocorridos entre pessoas com HIV e aids e discussão em Comitê</p>	<p>Recomenda-se que os SAEs do município investiguem os óbitos ocorridos entre pessoas com HIV e Aids, digite os casos no sistema REDCap Investigação de Óbitos (PE-DST/Aids-SP) e os levem para discussão no Comitê de Mortalidade</p>	<p>Municípios utilizando o Redcap mortalidade</p>	<p>sim/não</p>	<p>sim</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>não</p>	<p>REDCap Investigação de Óbitos (PE-DST/aids-SES-SP) com referência aos óbitos ocorridos nos dois anos anteriores à análise para o selo + seis meses E ata da Comissão de óbito</p>	<p>A pactuação do processo de Investigação de Óbitos por HIV/Aids no estado de São Paulo coloca que os Serviços de Assistência Especializada no cuidado de PVHA (SAE) são responsáveis pela investigação e digitação dos óbitos ocorrido no último SAE de seguimento do usuário e as coordenações municipais de IST/Aids pelos usuários nunca vinculados ou não seguidos nos SAE. O objetivo desta investigação é analisar a trajetória das pessoas que foram a óbito pelos serviços de saúde e verificar vulnerabilidades programáticas e possam ter contribuído para o óbito.</p>

Redução da Taxa de Mortalidade das PVHIV	Recomenda-se que o município reduza a taxa de mortalidade para abaixo da taxa do Estado (TM-ESP 2020= 4,21 óbitos por aids / 100 mil habitantes)	Taxa de mortalidade por aids	total de óbitos residentes no município por aids/ total de habitantes do município/ 100.000	TM < TM-ESP	TM = e até > 5% TM -ESP	TM >5 e < 10% TM - ESP	TM > 10% TM -ESP	SEADE (Boletim epidemiológico ESP)	BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, CRT-PE-DST/AIDS/CVE, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2021 ANO XXXVIII, Nº 1, período de 1º de Julho de 2020 a 30 de Junho de 2021. Anual. ISSN 1984-641x
Discussão dos casos de Transmissão vertical do HIV/sífilis	Recomenda-se que o município tenha Comitê de Transmissão vertical do HIV/sífilis ou que estes casos sejam discutidos no comitê de mortalidade materno infantil	Existência de Comitê local de Investigação para discussão dos casos e prevenção da transmissão vertical HIV/sífilis	sim/não	sim			não	Atas da reunião do comitê de TVHIV e sífilis	O Comitê TV HIV e Sífilis é requisito para obter a certificação da eliminação de TV. O Comitê de Transmissão vertical do HIV tem como objetivo geral: investigar os casos de transmissão vertical do HIV, para subsidiar intervenções, visando à eliminação deste agravo como problema de saúde pública.
Protocolo de investigação de TV do HIV	Os casos de infecção por TVHIV em menores de 5 anos de idade devem estar de acordo com o Protocolo de	% de casos no Protocolo de investigação de TVHIV	total de casos TVHIV investigados/ total de casos TVHIV notificados x 100	>=90% dos casos	75 a 89% dos casos	60 a 74%	<60%	VE-PE DST/Aids-SES-SP-banco de protocolo TVHIV	

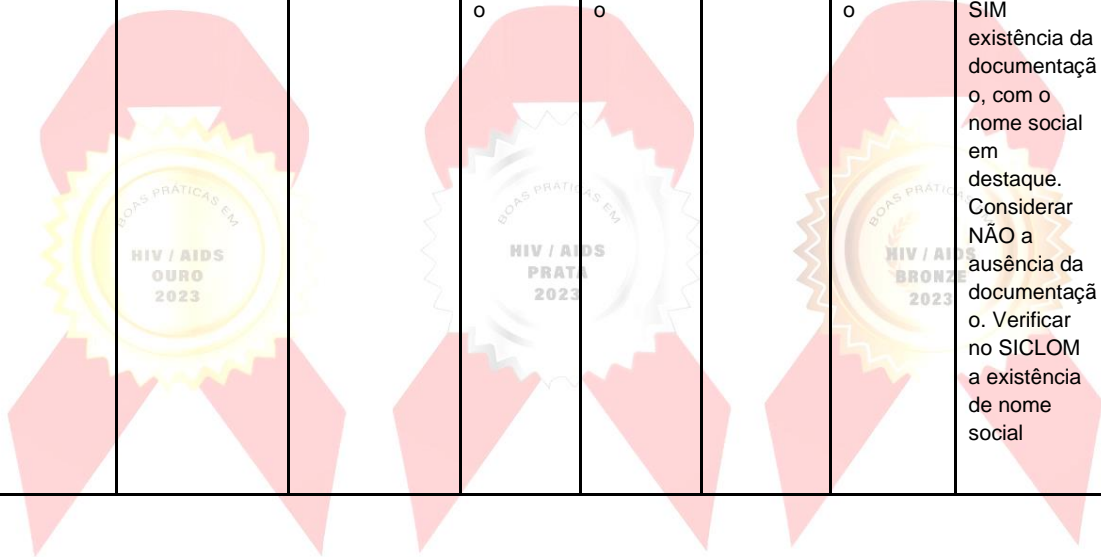
	investigação de TV do HIV								
Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR)	Recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam TR HIV nas unidades de saúde sejam cadastrados no programa do AEQ-TR.(Avaliação Externa de Qualidade de Testes Rápidos)	Município cadastrado no Programa do AEQ-TR e com profissionais participando do programa	-	Município cadastrado no Programa do AEQ-TR e com profissionais participando do programa	-	Município apenas cadastrado no Programa do AEQ-TR	Município não cadastrado no Programa do AEQ-TR	Portal AEQ-TR e cadastro das Unidades que Realizam TR. Para análise, neste momento, iremos considerar os profissionais das unidades especializadas em HIV/aids (SAE; SAE/CTA; CTA) fonte cadastro de unidade que realizam TR	O programa AEQ-TR constitui um instrumento com foco educacional, não punitivo, não obrigatório e gratuito. A participação na AEQ-TR destina-se a todos os profissionais das unidades públicas de saúde que atuam realizando testes rápidos em sua rotina. A participação permite que cada profissional dos serviços integrantes da rede do Ministério da Saúde avalie individualmente seu desempenho perante a execução de testes rápidos. Além disso, permite que cada profissional reflita sobre os resultados obtidos nas rodadas e, se necessário, aprimore suas práticas, mantendo-se treinado e atualizado, executando corretamente os testes, a fim de produzir resultados confiáveis para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

	SISLOGLAB	Ter todas as unidades de saúde que realizam TR cadastradas e utilizando o SISLOGLAB	Utilização do SISLOGLAB	-	Município com todas as unidades de saúde que realizam TR cadastradas no SISLOGLAB e utilizando o sistema	Município cadastrado e utilizando o SISLOGLAB	Município cadastrado no SISLOGLAB	Município não cadastrado no SISLOGLAB	SISLOGLAB	Sistema para solicitação e controle de estoque dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para Atenção Básica (Rede Cegonha e População Geral), Hospitais, SAE e CTA. As unidades de saúde deverão preencher: :1. Recebimento de Insumo 2. O Boletim Mensal 3. O Mapa Mensal
Qualidade da informação em vigilância epidemiológica	Completo de dados da ficha de notificação de HIV, possibilitando identificar as exposições,	investigação categoria de exposição em 100% dos casos notificados de infecção pelo HIV	% de completude de dados da ficha de notificação de HIV - categoria de exposição	total de casos com categoria de exposição conhecida/ total de casos x 100	>=95% (5% ignorado)	>=90<95 (6-10% ignorado)	>=80% e <90% e (11-20% ignorado)	<80% (>=20% ignorado)	Sinan	
	raça/cor, escolaridade, possibilitando a	ter 95% de casos notificados de HIV com quesito raça -cor por autodeclaração preenchido	% de completude de dados da ficha de notificação de HIV - raça/cor	total de casos com raça-cor conhecida/total de casos x 100	>=95% (5% ignorado)	>=90<95 (6-10% ignorado)	>=80% e <90% e (11-20% ignorado)	<80% (>=20% ignorado)	Sinan	

definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada	ter 95% de casos notificados de HIV com escolaridade preenchido	% de completude de dados da ficha de notificação de HIV - escolaridade	total de casos com escolaridade conhecida/total de casos x 100	>=95% (5% ignorado)	>=90<95 (6-10% ignorado)	>=80% e <90% e (11-20% ignorado)	<80% (>=20% ignorado)	Sinan	
Completo de dados da ficha de notificação de Gestante HIV, possibilitando a definição de ações para reduzir a TVHIV	ter acompanhado e encerrado 100% de casos notificados Gestante HIV com dados de parto	% de completude de dados da ficha de notificação de Gestante HIV	total de casos com data de parto /total de casos x 100	>=95% (5% ignorado)	>=90<95 (6-10% ignorado)	>=80% e <90% e (11-20% ignorado)	<80% (>=20% ignorado)	Sinan	

<p>Promoção/Pr evenção</p>	<p>Articulação entre secretarias e estabelecimento de parcerias e trabalho em rede</p>	<p>Desenvolver ações de promoção e prevenção intra e intersetorial</p>	<p>Existência de Articulação entre secretarias e estabelecimento de parcerias e trabalho em rede</p>	<p>-</p>	<p>Desenvolve de =>3 ações intersetoriais e articula =>3 com áreas do município</p>	<p>Desenvolve de 1 a 2 ações intersetoriais e 1 a 2 com áreas do município</p>	<p>Desenvolve ações intersetoriais ou articula com áreas do município</p>	<p>Não desenvolve ações intersetoriais nem articula com outras áreas do município</p>	<p>Auto relatório no questionário de Boas Práticas</p>	<p>Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores</p>
<p>Ampliação do diagnóstico do HIV nas populações vulneráveis</p>	<p>Identificação de territórios com população vulnerável para a orientação de políticas públicas em relação a prevenção combinada do HIV</p>	<p>Existência de mapeamento e plano de ação para população vulnerável</p>	<p>-</p>	<p>Município com população vulnerável mapeada e com meta no plano de ação</p>	<p>Município com população vulnerável mapeada sem meta no plano de ação</p>	<p>-</p>	<p>Não tem população vulnerável mapeada</p>	<p>Ter população vulnerável mapeada e plano de ação. Considerar SIM a existência da documentação. Considerar NÃO a ausência da documentação.</p>	<p>Estruturação de Painel territorial das populações vulneráveis do município, visando qualificar as análises e tomadas de decisão da gestão pública e o empoderamento das organizações populares para desenvolver ações de intervenção a fim de reduzir ou solucionar problemas que contribuam para a vulnerabilidade da comunidade frente ao HIV/aids.</p>	

<p>Garantia do uso do Nome Social</p>	<p>Ter o nome social implantado em todos os Serviços de Saúde.</p>	<p>% de SAE e CTA com nome social implantado</p>	<p>Nº SAE, SAE/CTA e CTA com nome social x 100/ Nº SAE, SAE/CTA e CTA</p>	<p>>=90% dos serviços SAE, SAE/CTA e CTA com nome social implantado</p>	<p>75 a 89% dos serviços SAE, SAE/CTA e CTA com nome social implantado</p>	<p>60 a 74% dos serviços SAE, SAE/CTA e CTA com nome social implantado</p>	<p>< 60% dos serviços SAE, SAE/CTA e CTA com nome social implantado</p>	<p>cadastro de paciente das unidades especializadas em HIV/Aids (SAE, SAE/CTA e CTA) Considerar SIM existência da documentação, com o nome social em destaque. Considerar NÃO a ausência da documentação. Verificar no SICLOM a existência de nome social</p>	<p>Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome social. Nome social é o modo como uma pessoa se identifica, como é reconhecida, chamada é denominada em sua comunidade e meio social, visto que, seu nome civil, ou nome de registro, não reflete a sua identidade de gênero.</p>
---------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	---	---



<p>Cadastro e dispensa da Profilaxia pós exposição social (PEP)</p>	<p>Ter no município pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial ofertando e dispensando PEP (sexual, violência sexual e acidente com material biológico)</p>	<p>Município com pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial cadastrado e com dispensa para as 3 categorias de PEP (sexual, violência sexual e acidente por material biológico).</p>	<p>—</p>	<p>Município com pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial cadastrado e com dispensa para as 3 categorias de PEP (sexual, violência sexual e acidente por material biológico)</p>	<p>Município com pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial cadastrado e com dispensa para 2 categorias de PEP (sexual, violência sexual e acidente por material biológico)</p>	<p>Município com pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial cadastrado e com dispensa para 1 categoria de PEP (violência sexual e acidente por material biológico).</p>	<p>Município com serviço de urgência 24 horas para PEP ou serviço ambulatorial ou inexistência de serviço</p>	<p>Cadastro de PEP do Programa Estadual de IST/aids de São Paulo + Registro de dispensa de PEP no SICLOM</p>	<p>Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-da-rede-de-pep PEP: Trata-se de uma urgência médica e deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição de risco e no máximo em até 72 horas. A profilaxia deve ser realizada por 28 dias e a pessoa tem que ser acompanhada pela equipe de saúde, inclusive após esse período realizando os exames necessários. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: Violência sexual;</p> <p>Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento);</p> <p>Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).</p>
---	---	---	----------	--	---	---	---	--	---

Facilitação da adesão a PEP	A PEP deve ser dispensada por 28 dias	% de serviços que dispensam PEP por 28 dias	Nº serviços que dispensam PEP por 28 dias/ Número de serviços que dispensam PEP X 100	>=90% dos serviços dispensam por 28 dias	75 a 89% dos serviços dispensam por 28 dias	60 a 74% dos serviços dispensam por 28 dias	<60% dos serviços dispensam por 28 dias	Auto relato no questionário de Boas Práticas	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco
Acesso a PEP	A PEP deve ser dispensada no mesmo local de atendimento	% de serviços que dispensam a PEP no mesmo local de atendimento	Nº serviços que dispensam PEP no mesmo local de atendimento/ Número de serviços que dispensam PEP X 100	>=90% dispensam medicamento no mesmo local de atendimento	75 a 89,9% dispensam medicamento no mesmo local de atendimento	60 a 74,9% dispensam medicamento no mesmo local de atendimento	<60% dispensam medicamento no mesmo local de atendimento	Auto relato no questionário de Boas Práticas	Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-da-rede-de-peg

Ampliação da oferta de PrEP	municípios, qualificados na Política de Incentivo, com PrEP implantada	Existência de Serviço de PrEP cadastrado e funcionante com dispensa para casos novos no ano	-	Serviço de PrEP cadastrado e funcionante com dispensa para casos novos no ano	Serviço de PrEP cadastrado e funcionante, sem dispensa para casos novos no ano	Serviço de PrEP apenas cadastrado	Não tem serviço de PrEP cadastrado	Cadastro estadual de serviço de PrEP e SICLOM	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco <u>Observação: para município não prioritários, não será considerada a questão Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. A PrEP consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV e se insere como uma estratégia adicional de prevenção disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia</u>
Facilitação da adesão a PrEP	A primeira dispensa de PrEP deve ser para 30 dias, sendo o paciente orientado a retornar ao serviço de acompanhamento para avaliação e	% de serviços que dispensam PrEP no retorno minimamente com regularidade trimestral	-	>=90% dispensam PrEP no retorno minimamente com regularidade trimestral	75 a 89% dispensam PrEP no retorno minimamente com regularidade trimestral	60 a 74% dispensam PrEP no retorno minimamente com regularidade trimestral	<60% dispensam PrEP no retorno minimamente com regularidade trimestral	Auto relato no questionário de Boas Práticas	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco <u>Observação: para município não prioritários, não será considerada a questão</u>


	preenchimento de nova ficha de atendimento antes do fim dos medicamentos. Após esse retorno e dispensa de 30 dias, as dispensas e consultas podem passar para a regularidade trimestral.							
Ampliação da dispensa de PrEP	A UDM deve dispensar PrEP para o público e para o particular	% de UDM que dispensam arv para público e privado	-	>=90%	75 a 89%	60 a 74%	<60%	auto relato questionário de Boas Práticas

	Ampliação dos insumos de prevenção	Ampliação da dispensação dos insumos de prevenção das IST/HIV, em grandes frentes no campo da saúde no município e ampliação de novos espaços (fora das unidades de saúde) e com novas parcerias.	Existência de ações/atividades de ampliação da dispensação de preservativos para além do setor saúde.	-	Realizar os 3 itens: aumento do número de preservativos distribuídos, preservativos disponibilizados em pontos fixos fora do serviço de saúde, preservativo disponibilizado em grande quantidade e em displays ou equivalente	Realizar 2 itens: aumento do número de preservativos distribuídos, preservativos disponibilizados em pontos fixos fora do serviço de saúde, preservativo disponibilizado em grande quantidade e em displays ou equivalente	Realizar 1 item: aumento do número de preservativos distribuídos, preservativos disponibilizados em pontos fixos fora do serviço de saúde, preservativo disponibilizado em grande quantidade e em displays ou equivalente	Não cumprir nenhum dos itens: aumento do número de preservativos distribuídos, preservativos disponibilizados em pontos fixos fora do serviço de saúde, preservativo disponibilizado em grande quantidade e em displays ou equivalente	Auto relatório questionário de Boas Práticas	
Diagnóstico	Implantar Teste Rápido (TR) HIV nas	Ter o TR implantado ao menos nas: unidades da atenção básica, serviços	% de serviços com TR implantado	Nº unidades cadastradas/ Nº de unidades do município	>=90% das unidades de saúde com TR	75 a 89% das unidades de saúde com TR	60 a 74% das unidades de saúde com TR	<60% das unidades de saúde com TR	Cadastro de unidades para TR	

	unidades de saúde	especializados em HIV/Aids (SAE/CTA); maternidades; unidades de emergência (PA/UPA); saúde mental (CAPs)			implantado	implantado	implantado	implantado		
Ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV	Participar da Campanha Fique Sabendo com ampliação do acesso : unidades de saúde no horário convencional, fora do horário convencional (noite/final de semana) e campanhas extra muro para atingir população vulnerável	Ter participado da Campanha Fique Sabendo no último ano.	-	Participou da Campanha Fique Sabendo com unidades de saúde com horário ampliado (final de semana ou a noite) e realizou testagem extra muro	Participou da Campanha Fique Sabendo com unidades de saúde com horário ampliado (final de semana ou a noite) ou realizou testagem extra muro	Participou da Campanha Fique Sabendo sem ampliação do horário das unidades de saúde (final de semana ou a noite)	Não participou da Campanha Fique Sabendo	Cadastro de ações extramuros da Campanha Fique Sabendo		
Realizar TR na demanda espontânea	Ofertar TR HIV para demanda espontânea sem agendamento, ou seja, assim que o usuário	% de unidades da atenção básica que ofertam TR por demanda espontânea	Nº de Unidades de Atenção Básica que realizam TR para demanda espontânea	> 80% das unidades de atenção básica	60 - 79% das unidades de atenção básica	45- 59% das unidades de atenção básica	<45% das unidades de atenção básica	Cadastro de Unidades Saiba onde fazer o teste de HIV/Aids		

	procurar o serviço .		sem agendamento* 100/ Número de Unidades da Atenção Básica						
Ofertar auto teste	O autoteste deve ser ofertado como uma estratégia adicional aos serviços para o diagnóstico do HIV	Oferta de auto teste	Oferta auto teste + Preenche SIMAVE	Oferta auto teste e preenche SIMAVE	Oferta auto teste	-	Não oferta auto teste	SIMAVE/SIS LOGLAB e Cadastro de ações extramuros da Campanha Fique Sabendo	
Ampliação do diagnóstico do HIV	Aumento de 15% ao ano de testagem HIV	% de aumento de testagem HIV em relação ao ano anterior	(Nº de testes realizados em 2021*100/número de testes HIV realizados em 2020)-100	Aumento de testagem de HIV . = >15%	aumento de testagem HIV de 10 - 14%	aumento de testagem HIV de 5-9%	aumento de testagem <5%	Produção Ambulatorial (SIA/SUS)	https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/
Diagnóstico Tardio	Reduzir a taxa de diagnóstico tardio (TDT) de infecção pelo HIV em 10% em relação ao ano anterior	% de redução do diagnóstico tardio em relação ao ano anterior	TDT = total de casos com contagem de CD4 < 200 cels mm ³ / total de CD4 realizados X 100	reduzir >=10% o TDT do ano anterior ou sem diagnóstico tardio	reduzir 0,1 a 9,9% o TDT do ano anterior	manteve a TMT do ano anterior	aumento de TDT em relação ao ano anterior	Painel de Monitoramento Clínico do DCCI-MS	https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-17-AIDS-Indicadores-operacionais.pdf

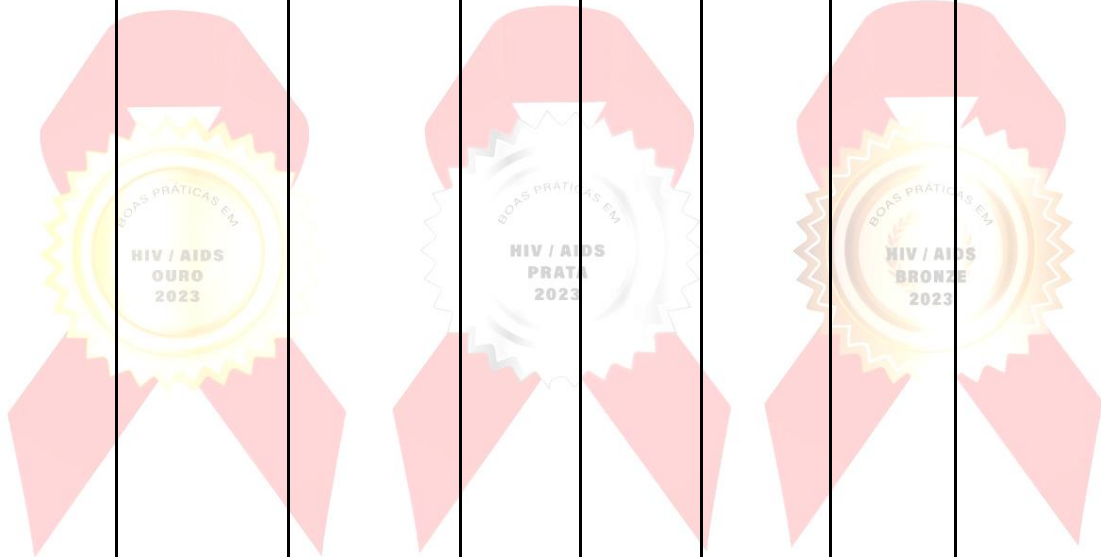
Vinculação	<p>Ter ações de monitoramento e estratégias de vinculação</p>	<p>Recomenda-se a monitorização sistemática da vinculação ao cuidado de todas as pessoas recém-diagnosticadas com HIV. Os serviços de diagnóstico devem oferecer suporte para a pessoa recém diagnosticada para garantir o acesso ao cuidado integral, e dessa forma contribuir para a diminuição da morbidade e da transmissão do HIV</p>	<p>% de serviços que monitoram a vinculação</p>	<p>Somatoria dos pontos da questão XX (Cada Sim equivale a um ponto)</p>	<p>>=90% dos serviços de diagnóstico do HIV</p>	<p>75 a 89% (dos serviços de diagnóstico do HIV)</p>	<p>60 a 74,9% dos serviços de diagnóstico do HIV</p>	<p><60% dos serviços de diagnóstico do HIV</p>	<p>Auto relato questionário de Boas Práticas</p>
	<p>Início de terapia antirretroviral</p>	<p>Recomenda-se tratamento para todos, independentemente da contagem de CD4 com início da TARV o mais precoce.</p>	<p>% de PVHIV que iniciaram TARV em até 30 dias</p>	<p>Tempo, em dias, entre a data da solicitação do primeiro exame de CD4 registrado ao Siscel e a data da primeira dispensa registrada ao Siclom, por</p>	<p>>=85% iniciou TARV em até um mês</p>	<p>75 a 84,9% iniciou TARV em até um mês</p>	<p>50-74,9% iniciou TARV em até um mês</p>	<p><50%</p>	<p>SICLOM/SISCEL- Painel de Monitoramento Clínico do DCCI-MS</p>

				ano de início da TARV: (data da 1ª dispensa) - (data da solicitação do 1º exame de CD4)						
Retenção	Diminuir a taxa de abandono	Todos os SAE devem organizar processo de trabalho visando a diminuição do abandono	Taxa de abandono 	% de PVHIV em abandono de TARV = N° PVHIV em abandono/N° PVHIV em TARV + N° PVHIV em abandono X 100	<=10% a taxa de abandono	10,1-12,5% a taxa de abandono	12,6-14,9% a taxa de abandono	>=15% a taxa de abandono	SIMC e SICLOM - Painel de Monitoramento Clínico do DCCI-MS	Considera-se abandono de tratamento antirretroviral quando a PVHIV não retira seus medicamentos há mais de 100 dias (a partir de 101 dias), contados a partir da data prevista no SICLOM para a próxima dispensa. Ou seja, considera-se abandono quando a pessoa não retira seus medicamentos há 101 dias ou mais. São considerados os dados do SICLOM, a partir de fevereiro/2011. São excluídos os óbitos registrados no SICLOM.
	Monitorar o abandono	Todos os SAE devem utilizar o SIMC para monitoramento do abandono	% de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do abandono	Nº de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do abandono/Nº de SAE X 100	>=90% dos SAE	75 a 89% do SAE	60 a 74% SAE	<60% do SAE	SIMC	

<p>Busca ativa sistemática de PVHIV em abandono de TARV</p>	<p>Todos os SAE devem estruturar ações/fluxos que favoreçam as ações de busca ativa de pessoas em abandono de tratamento. Entrar em contato com os usuários detectados em abandono, para o desenvolvimento de ações de promoção da adesão ao serviço e à TARV</p>	<p>% de SAE que realizam a busca sistemática de PVHIV em abandono de TARV</p>	<p>Nº SAE que realizam a busca ativa sistematicamente Nº de SAE X 100</p>	<p>>=90% dos SAE</p>	<p>75 a 89% do SAE</p>	<p>60 a 74% SAE</p>	<p><60% do SAE</p>	<p>Auto relato questionário de Boas práticas</p>	
---	---	---	---	-------------------------	------------------------	---------------------	-----------------------	--	--



<p>Tratamento</p>	<p>Diminuir o Gap de tratamento</p>	<p>Todos os SAE devem organizar processo de trabalho visando a diminuição do gap de tratamento</p>	<p>Gap de tratamento</p>	<p>% de gap de tratamento = Número de PVHA no gap de tratamento* x 100 /Total de pessoas diagnosticadas</p>	<p>GAP de tratamento <=5%</p>	<p>GAP de tratamento o 5,1-10,9%</p>	<p>GAP de tratamento de 11 a 15%</p>	<p>GAP de tratamento o >15%</p>	<p>SIMC-Painel de Monitoramento Clínico do DCCI-MSI</p>	<p>O gap de tratamento representa o conjunto de pessoas vivendo com HIV que ainda não iniciaram a terapia antirretroviral (TARV). Para fins do Sistema de Monitoramento Clínico de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (SIMC) compõem o gap de tratamento as PVHA menores de 24 meses de idade que possuem pelo menos duas cargas virais ≥ 5.000 cópias/mL realizadas na rede pública (portanto registrado no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga viral do HIV – SISCEL) sem nenhuma dispensa de antirretrovirais (ARV) identificada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM) e PVHA ≥ 24 meses que tenham pelo menos uma carga viral detectável > 50 cópias/mL e que não iniciaram TARV, com dados coletados a partir de 01 de julho de 2013. Colocar link do MS</p>
--------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	---	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---	---



Monitorar o GAP de tratamento	Todos os SAE devem utilizar o SIMC para monitoramento do gap de tratamento	% de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do gap de tratamento	Número de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do GAP de tratamento*100/ Número de SAE	>=90% dos SAE	75 a 89% do SAE	60 a 74% SAE	<60% do SAE	SIMC	
Todos os casos novos de tuberculose devem ser testados para o HIV	É recomendado que todas as pessoas com tuberculose sejam testadas para o HIV	% de pessoas diagnosticadas para tuberculose testadas para HIV	% Testagem para HIV entre os casos novos de TB	>=95%	>90 e <95%	>85 e <90 %	<85%	TBWeb-CVE-SES-SP	2021 ESP - 82,6%
Utilizar a terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose com coinfecção TB-HIV.	Toda PVHIV coinfecção com tuberculose deve estar em uso de TARV	% de PVHIV coinfecção com tuberculose em uso de TARV	% Realização de TARV entre os casos novos de TB com coinfecção TB-HIV	> 80%	45,1 - 80 %	40-45,1%	< 40%	TBWeb-CVE-SES-SP	2021 ESP - 45,1

<p>Tratar a infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis na PVHIV</p>	<p>Todas as PVHIV com contagem de linfócitos T-CD4+ inferior ou igual a 350 células/mm³, assim as que tem critérios para tratamento de ILTB</p> <p>em PVHIV com contagem de LT-CD4+ >350 células/mm³, devem receber o tratamento para ILTB, desde que afastada tuberculose ativa</p>	<p>% de aumento de PVHIV tratadas para ILTB em relação ao ano anterior</p>	<p>Nº tratamento de ILTB 2021*100/ Nºtratamento de Iltb 2020 - 100</p>	<p>aumento u o tratament o em >= 20 % em relação ao ano anterior</p>	<p>aumento u o tratament o da ILTB de 10 a 19% em relação ao ano anterior</p>	<p>aumentou o tratamento da ILTB de 1 a 9% em relação ao ano anterior</p>	<p>não aumentou ou diminuiu o tratament o a ILTB em relação ao ano anterior ou não tratou ILTB tendo pacientes com diagnóstico tardio ou sem a notificação o com gap de ILT no SIMC</p>	<p>TBWeb-CVE-SES-SP</p>	
<p>Monitorar o GAP de tratamento da ILTB</p>	<p>Todos os SAE devem utilizar o SIMC para monitoramento do Gap de tratamento da ILTB</p>	<p>% de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do Gap de tratamento da ILTB</p>	<p>Número de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento do GAP de tratamento da ILTB*100/ Número de SAE</p>	<p>>=90% dos SAE</p>	<p>75 a 89% do SAE</p>	<p>60 a 74% SAE</p>	<p><60% do SAE</p>	<p>SIMC</p>	

Dispensar INH pelo SICLOM	O tratamento da ILTB com isonizida para PVHIV devem ser dispensados pelo SICLOM	% de UDM que dispensam INH para o tratamento da ILTB	Número de SAE que dispensam INH para o tratamento da ILTB n*100/ Número de SAE	>=90% das UDM	75 a 89% das UDM	60 a 74% das UDM	<60% das UDM	SICLOM	
Dispensar antirretroviral para público e privado	As UDM devem dispensar antirretroviral para Usuários de Serviços Público e Privado	% de UDM que dispensam arv para público e privado	Número de UDM que dispensam ARV para público e privado*100/Nº de UDM	>=90% das UDM	75 a 89% das UDM	60 a 74% das UDM	<60% das UDM	auto relato questionário de Boas práticas	
Dispensação de medicamentos para IST e infecções oportunistas	As UDM devem dispensar medicamentos para IST e Infecções oportunistas	% de UDM que dispensam medicamentos para IST e IO	Número de UDM que dispensam medicamentos para IO e IST*100/Nº de UDM	>=90% das UDM	75 a 89% das UDM	60 a 74% das UDM	<60% das UDM	auto relato questionário de Boas Práticas	
Tratamento da lipodistrofia	garantir o tratamento da lipodistrofia	Realizar preenchimento facial ou ter referência estabelecida		Realiza preenchimento facial	Tem referência estabelecida para o			auto relato questionário de Boas Práticas	

						preenchimento facial				
Supressão viral	Intensificar a supressão viral nas PVHIV	Todos os SAE devem organizar processo de trabalho visando aumentar a taxa de supressão viral	% de supressão viral	número de PVHA com CV detectável x 100/número de pacientes ativos no SICLOM	supressão viral >= 95%	supressão viral de 85 - 94%	supressão viral 70-84%	<70% ou Município não tem dados, por não ter UDM	SIMC/SICLOM	
	Monitorar a supressão viral	Todos os SAE devem utilizar o SIMC para monitoramento da Supressão viral	% de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento da supressão viral	Indicador de carga viral detectável (%) = número de PVHA com CV detectável* x 100/número de pacientes ativos	>=90% dos SAE	75 a 89% do SAE	60 a 74% SAE	<60% do SAE	auto relato questionário de Boas Práticas	
	Monitorar as gestantes com CV detectável	Todos os SAE devem utilizar o SIMC para monitoramento das gestantes com carga viral HIV detectável	% de SAE que utilizam o SIMC para monitoramento das gestantes com carga viral HIV detectável	Indicador de carga viral detectável (%) = número de PVHA com CV detectável* x 100/número de	>=90% dos SAE	75 a 89% do SAE	60 a 74% SAE	<60% do SAE	auto relato questionário de Boas Práticas	

			pacientes ativos						
Intensificar a adesão à TARV	Todos os SAE devem organizar processo de trabalho visando a adesão a TARV	% de adesão suficiente	Adesão Numerador: Número de PVHIV em TARV (pelo menos uma dispensa nos últimos 100 dias do ano) e cuja adesão, calculada em relação à última dispensa, está acima de 80%. Denominador: Todos os indivíduos que tiveram pelo menos uma dispensa de TARV registrada ao Siclom, no ano	>= 85% de adesão suficiente	80-84 % de adesão suficiente	60-79% de adesão suficiente	<60% de adesão suficiente	Painel de Monitoramento Clínico do DCCI-MSI	

