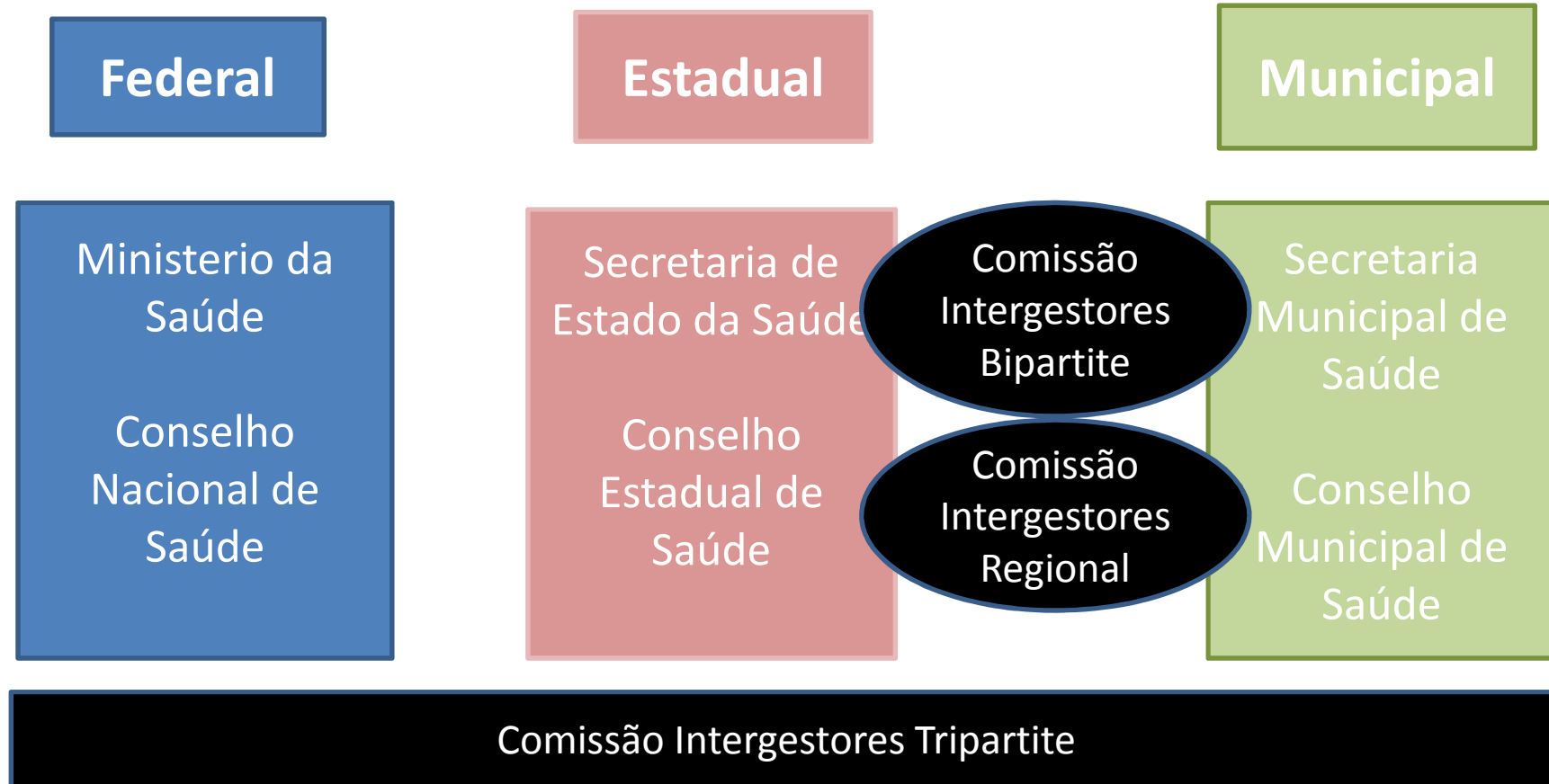


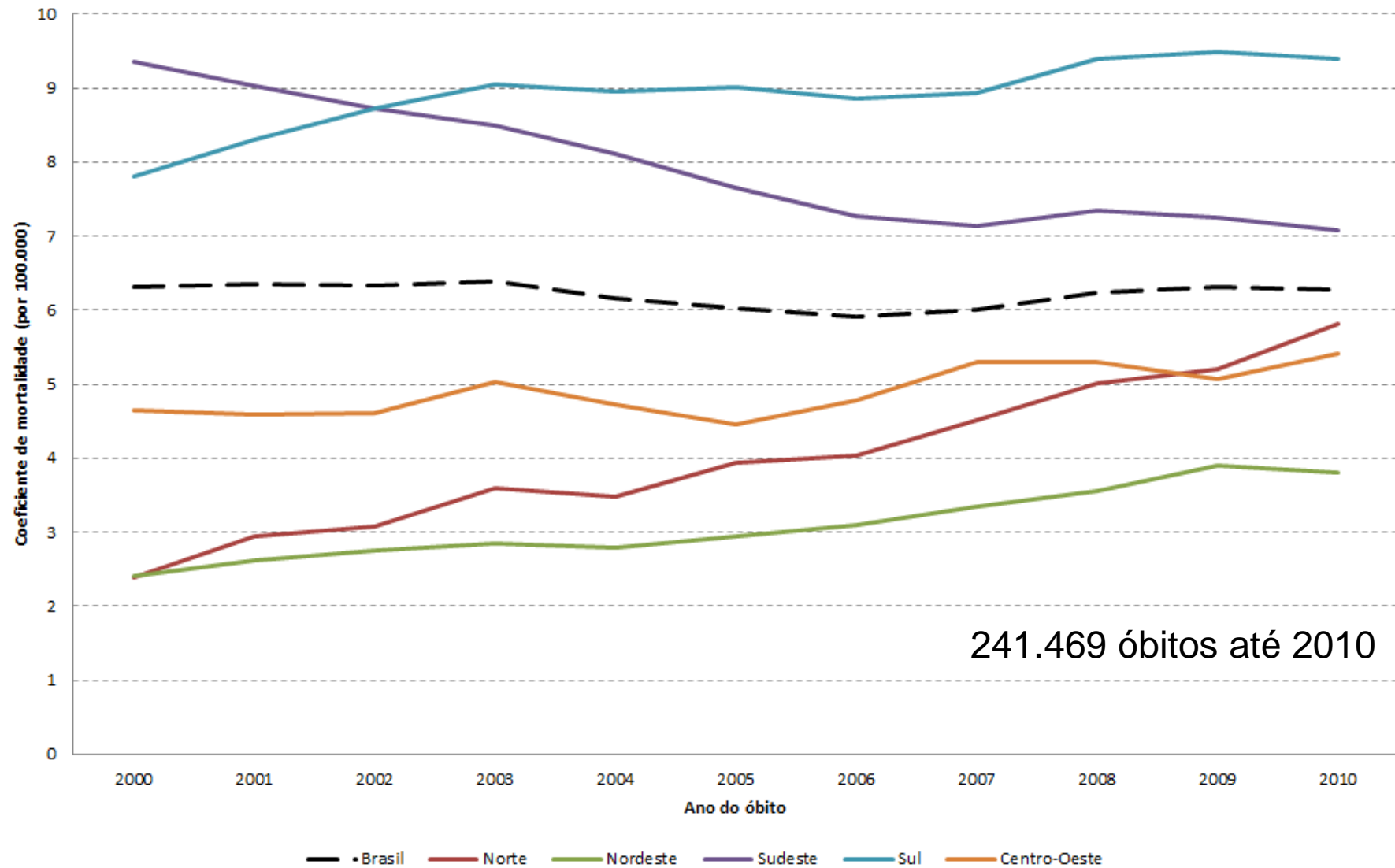
**Principais estratégias para a
melhoria da qualidade do cuidado
às PVHA no Brasil**

Responsabilidades compartilhadas

Três Esferas de Governo



Coeficiente de mortalidade por aids



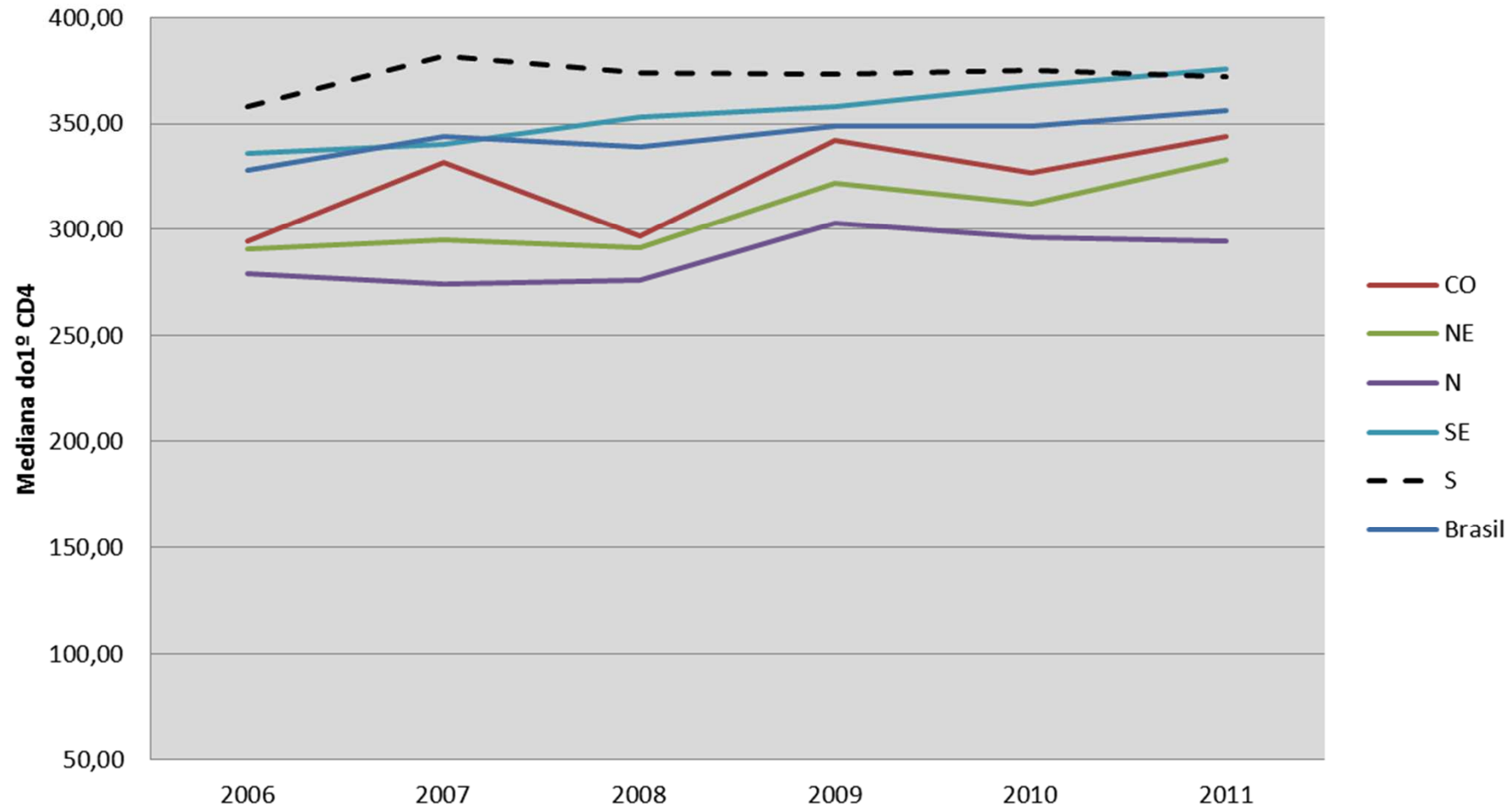
Características Associadas à Maior Sobrevida de PVHA no Brasil

Ano de diagnóstico	Casos diagnosticados	Tempo decorrido após a data de diagnóstico em anos				
		0 1	1 2	2 3	3 4	4 5
Coorte 2000	24.337	83,1	80,0	77,3	75,2	73,2
Coorte 2002	27.699	84,9	82,4	80,4	78,5	76,7

- Sexo feminino
- Idade menor que 34 anos
- Maior escolaridade
- Pessoas casadas
- Exposição sexual
- Parceiro soropositivo
- Assintomáticos
- Não ter desenvolvido tuberculose
- Uso de antirretrovirais
- Quimioprofilaxia para Pneumocistose Pulmonar
- Acompanhamento por equipe multidisciplinar (psicólogo, dentista, psiquiatra, nutricionista)

Guibu, 2011

Mediana do 1º CD4 de pacientes virgens de tratamento.



Mortalidade por aids

Estudos financiados pelo DDAHV, UNAIDS e WHO

mostram:

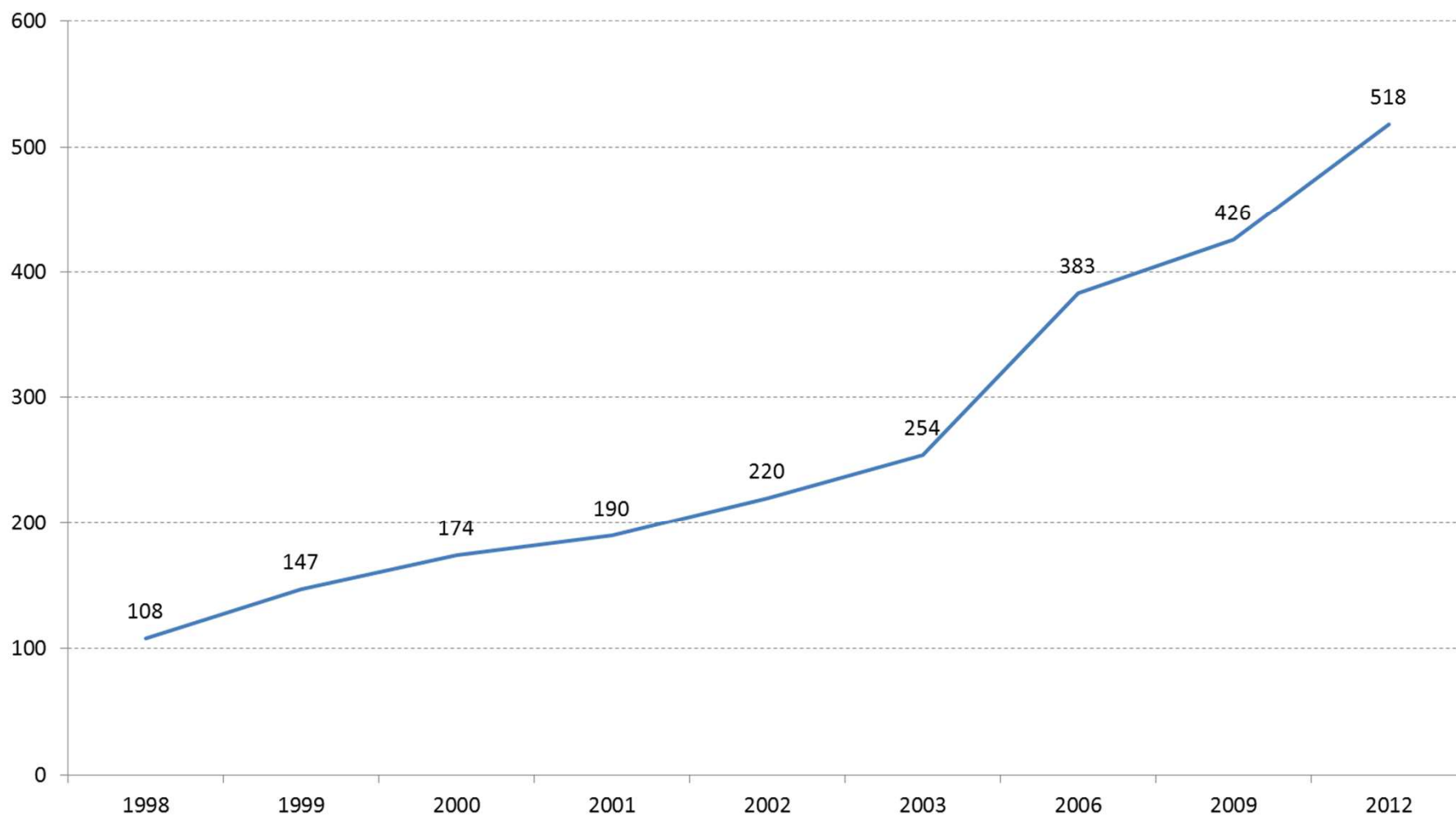
- Análise das causas de óbito mostra aumento do percentual de óbitos cuja causa básica não esta relacionada à HIV/aids (de 2,5% para 7%, entre 2000 e 2007, respectivamente)
- Aumento da mortalidade relacionada a neoplasias, doenças dos aparelhos circulatório e digestivo, doenças endócrinas, causas externas e hepatites virais
- Estima-se em 27% de problemas na notificação dos óbitos por aids no país

Principais Estratégias

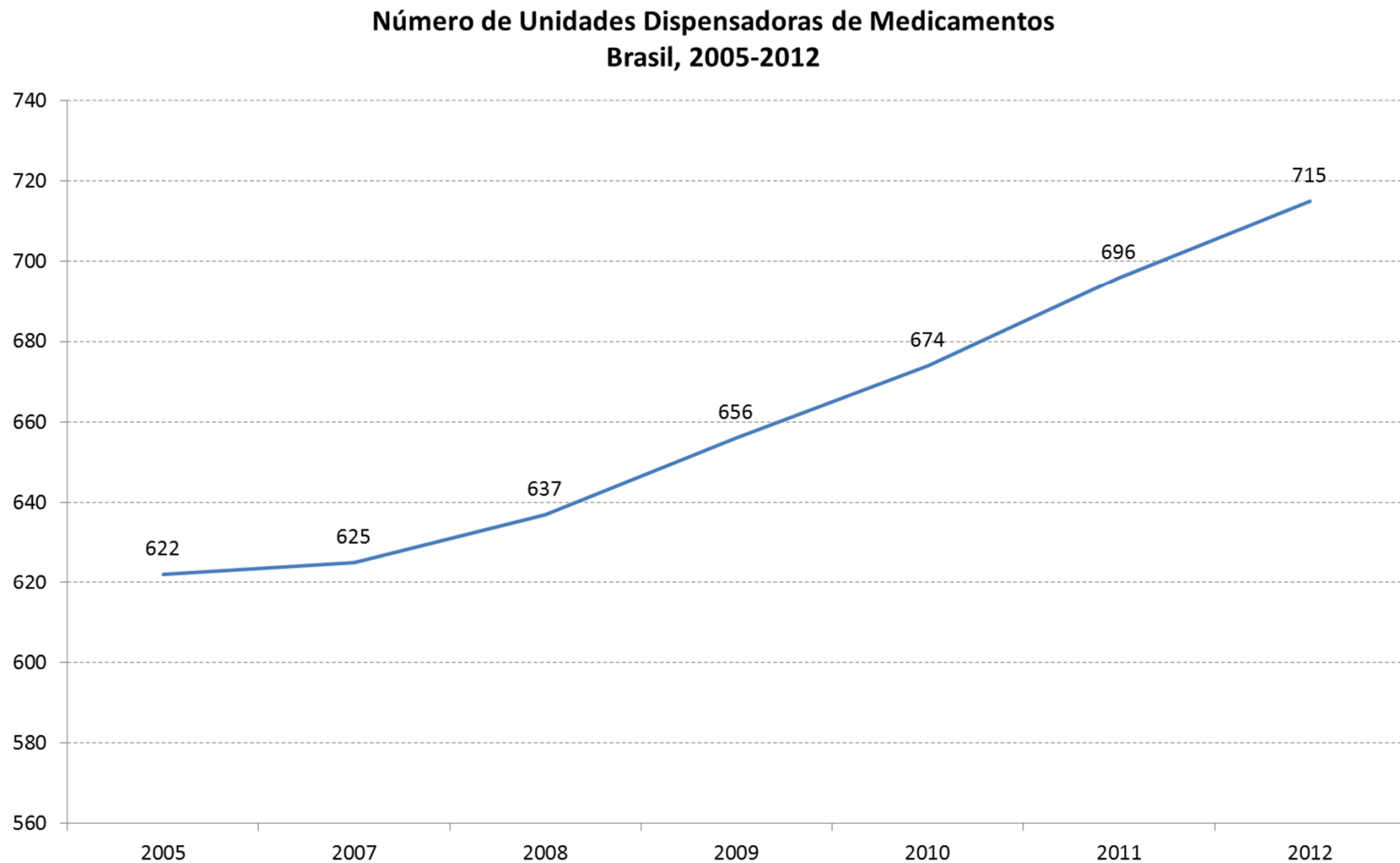
1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

O número de CTA passou de 174 em 2000 para 518 em 2012 representando um aumento em 66% nos últimos 10 anos

**Número de CTA
Brasil, 1998-2012**



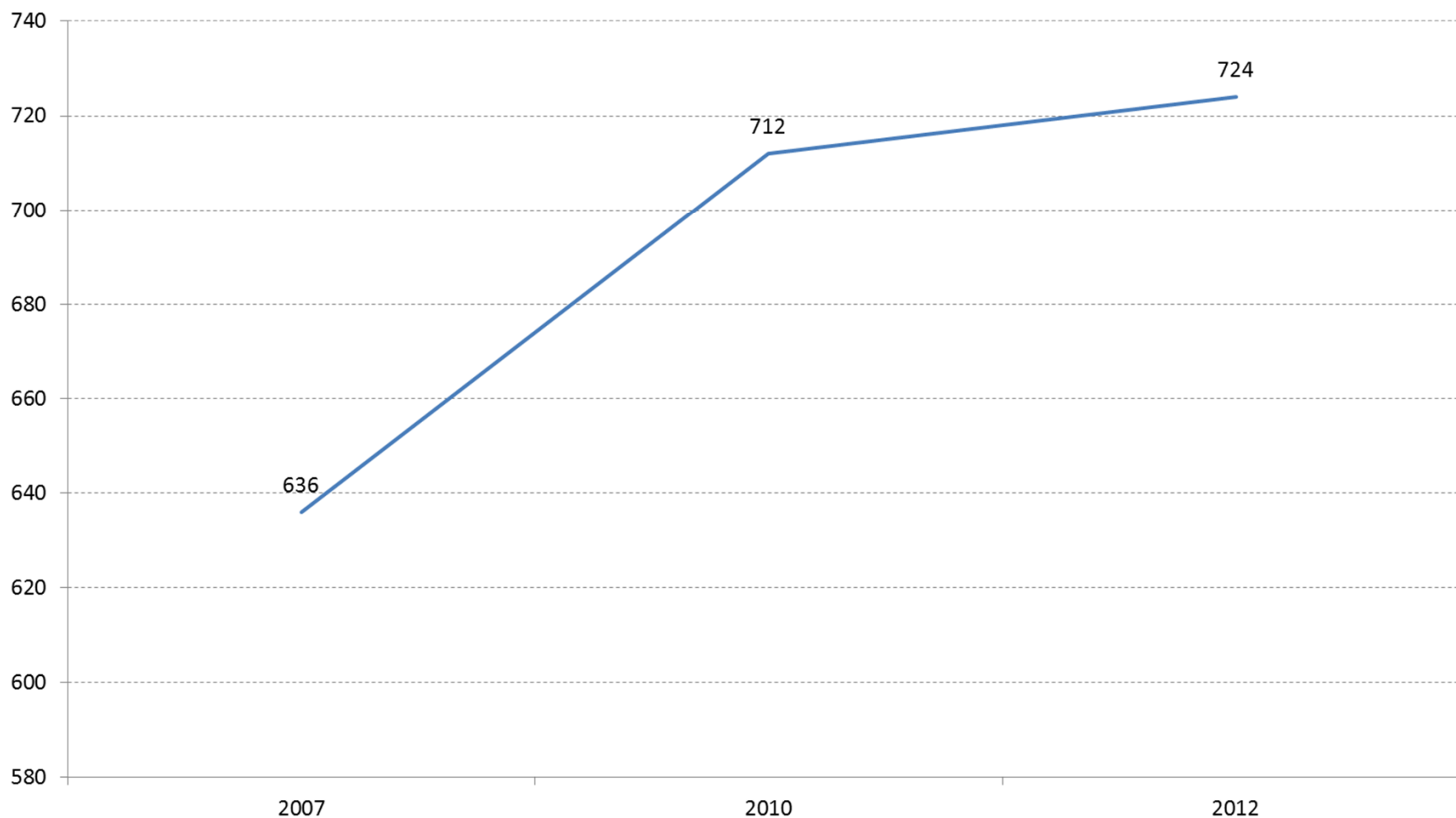
O número de UDM passou de 622 em 2005 para 715 em 2012 representando um aumento em 13% nos últimos 7 anos



Fonte: SICLOM

O número de SAE passou de 636 em 2007 para 724 em 2012, representando um aumento em 12% nos últimos 5 anos

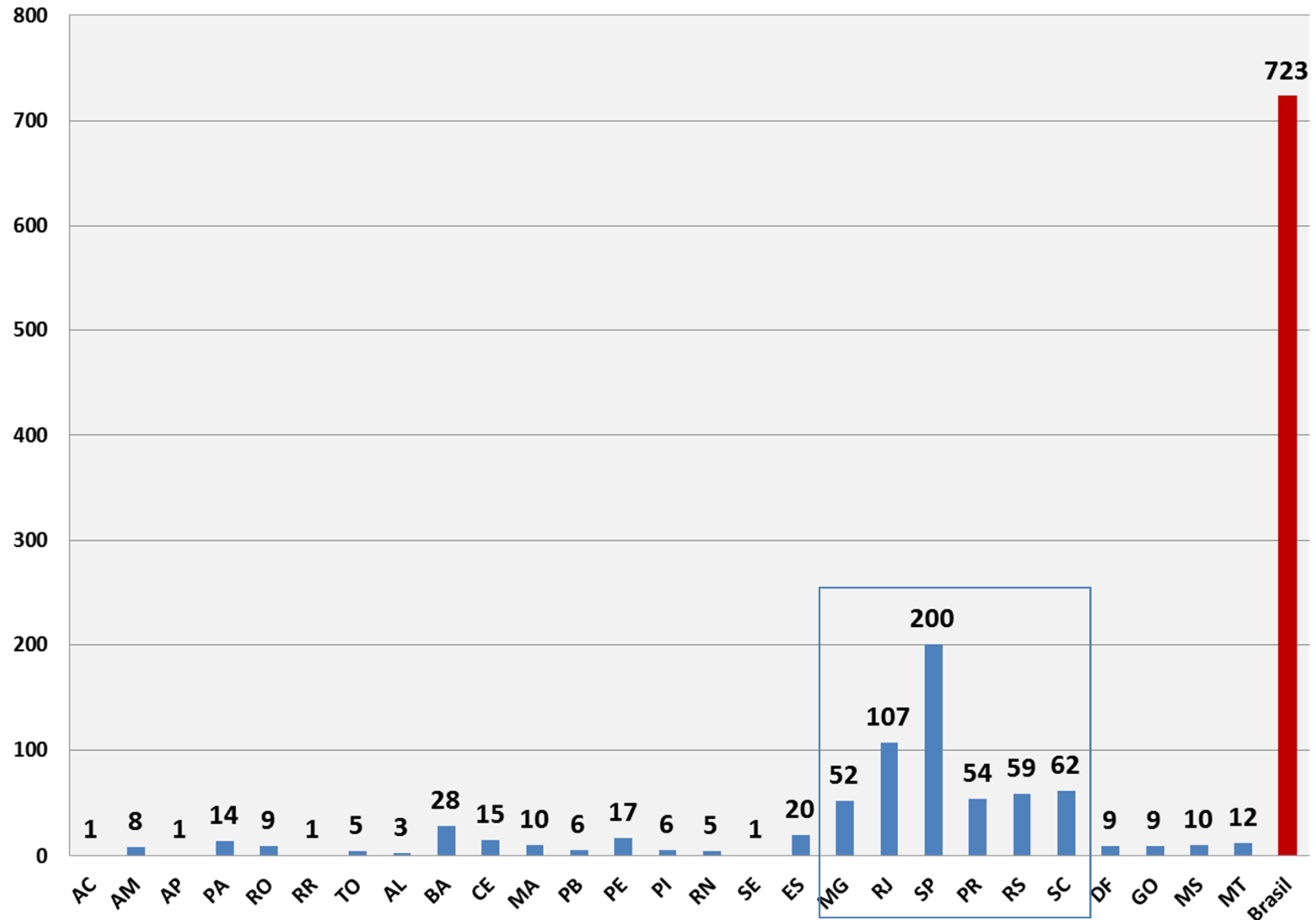
**Número de Serviços de Atenção Especializada
Brasil, 2007, 2010 e 2012**



Fonte: Qualiaids 2012

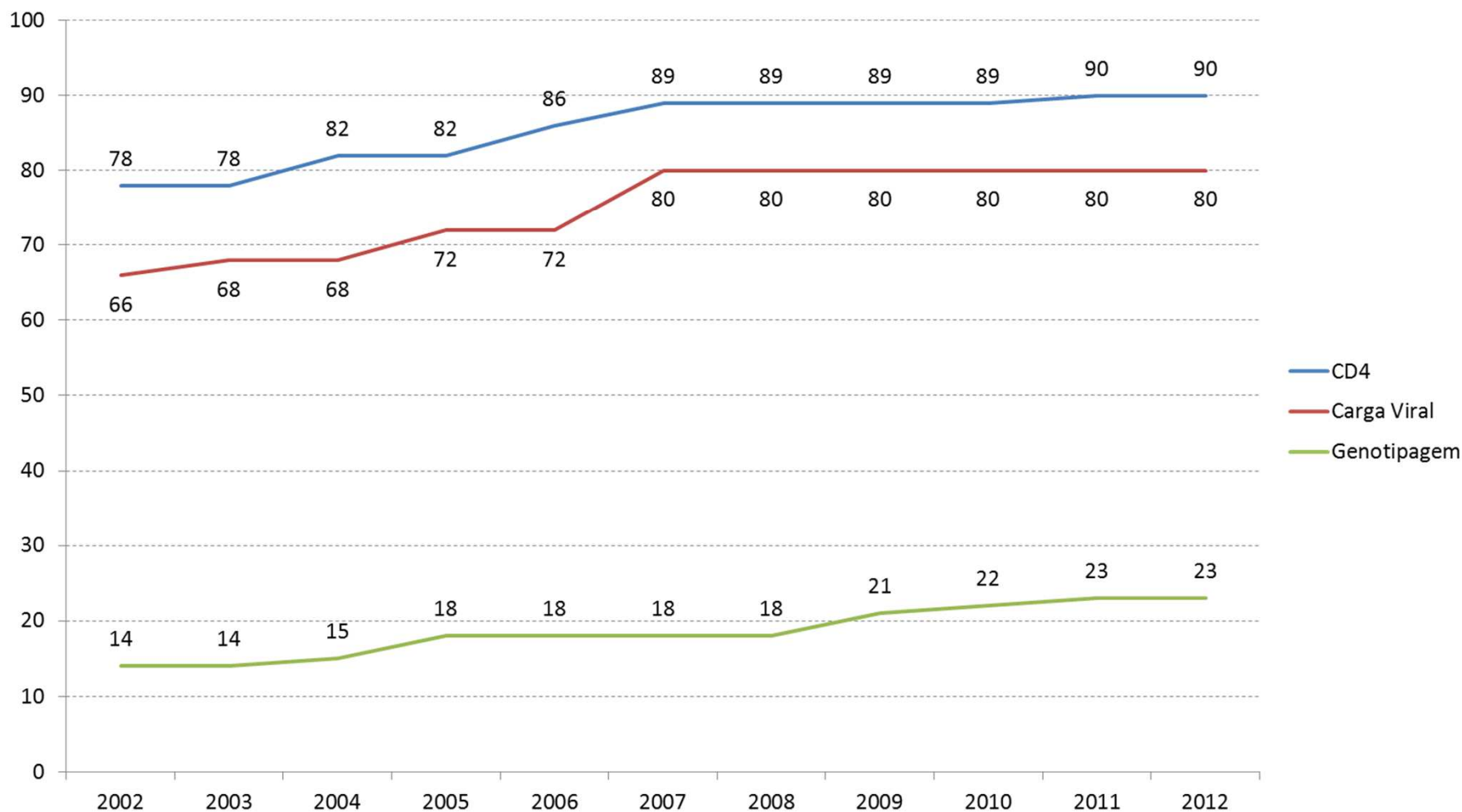
Número de SAE por estado.

Total de SAE por UF.



Entre 2002 e 2012, foram credenciados mais 12 laboratórios para realização de CD4, 14 para realização de CV e 9 para genotipagem

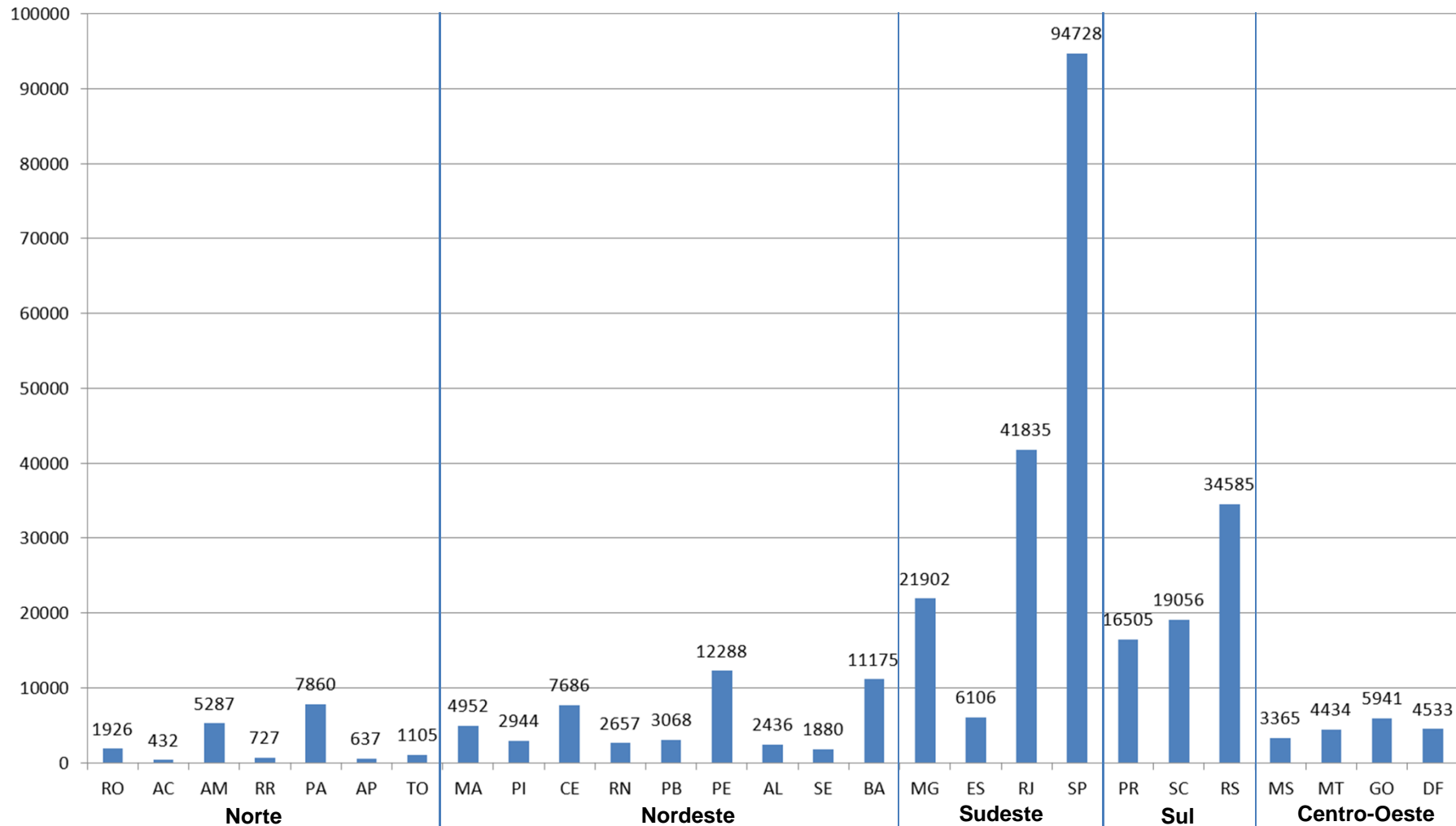
Histórico das Redes de Laboratórios de CD4, Carga Viral e Genotipagem
Brasil



Fonte: SISCEL e SISGENO

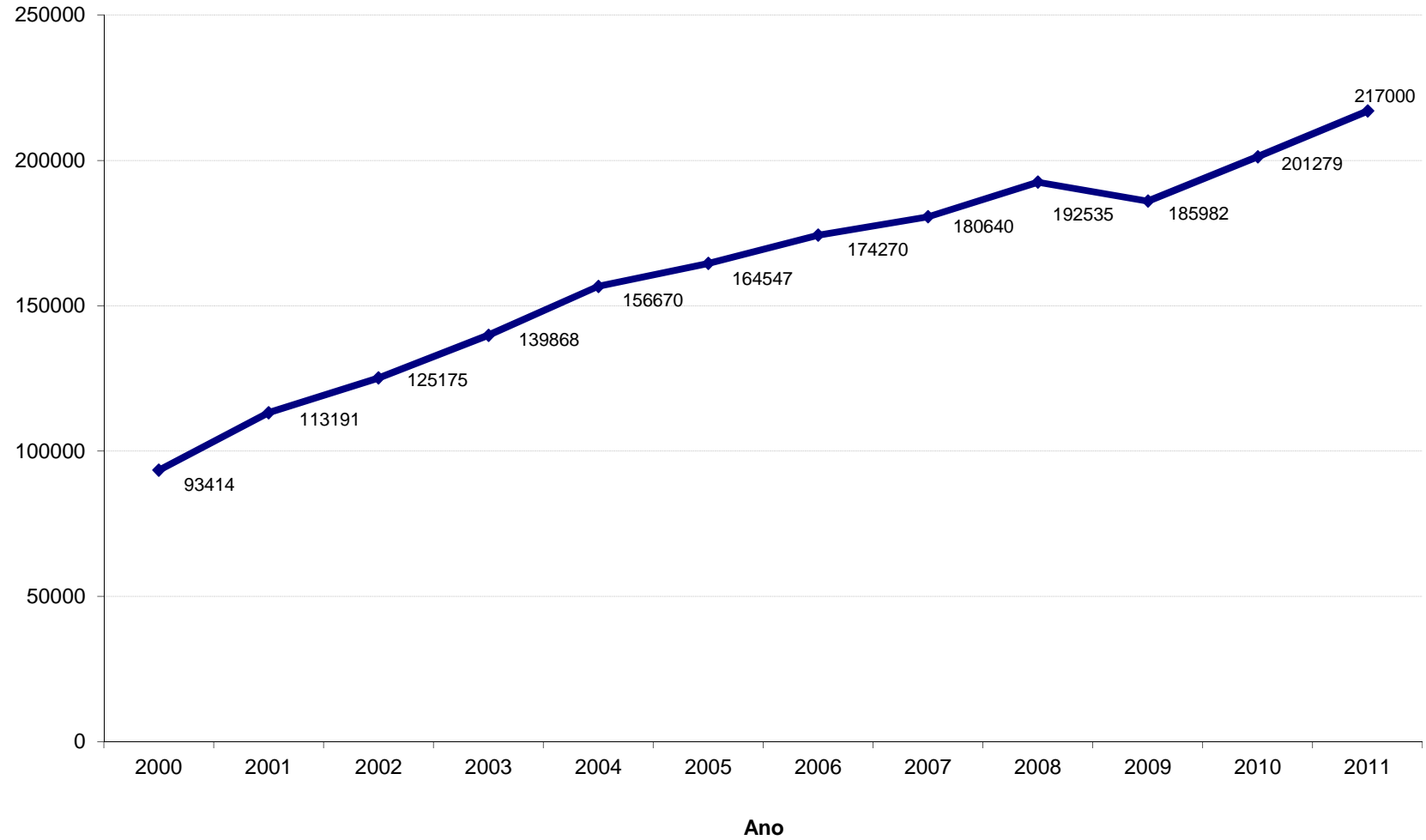
Mais de 320 mil pacientes HIV+ fizeram exames de CD4 e CV solicitados e realizados na rede pública

Número de pacientes HIV+ em monitoramento no sistema público de saúde por UF. Brasil, 2011



Fonte: SISCEL

Número de Pacientes em Terapia Anti-retroviral. Brasil 2000-2011



Principais Estratégias

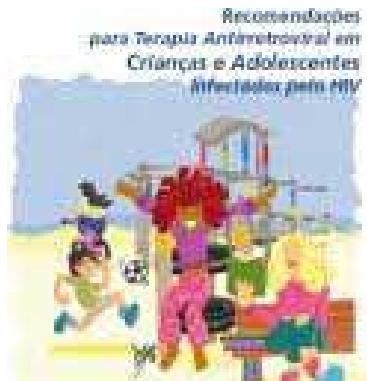
1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
5. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
6. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes

Recomendações de tratamento

Boas práticas de serviços

Guias: Saúde Mental, Alimentação e Nutrição, Atividade Física, Lipodistrofia



Realização de projetos piloto em BH e Recife com academias de saúde: ampliação para o país

Recomendações de tratamento 2012-2013

Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids	
Status clínico e imunológico	Recomendação
Sintomáticos	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
Assintomáticos	
LT-CD4+ ≤500 cel/mm ³	Iniciar TARV
LT-CD4+ > 500 cel/mm ³	<p>Recomendar início de TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite</p> <p>Considerar início de TARV nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neoplasias não definidoras de <u>aids</u> com indicação de quimioterapia ou radioterapia. -Doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Não iniciar TARV
Gestantes	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
PVHA em parceria sorodiscordante	
Independente da contagem de LT-CD4+	Oferecer TARV na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV. A decisão deve ser individualizada, considerando motivação da PVHA.

Implementação do esquema 3 em 1 brasileiro: tenofovir, efavirenz e lamivudina

Esquemas recomendados para terapia inicial

Esquema antirretroviral em pacientes virgens de tratamento		
Esquema preferencial	<u>ITRNN</u>	<ul style="list-style-type: none">• AZT (ou TDF) + 3TC + EFZ• AZT (ou TDF) + 3TC + NVP
Esquema alternativo	<u>IP-r</u>	<ul style="list-style-type: none">• AZT (ou TDF)+3TC+LPV/r

- Utilização de esquemas com melhor perfil de toxicidade
- Implementação do esquema 3 em 1 brasileiro: tenofovir, efavirenz e lamivudina



Profilaxia da Transmissão Vertical

Gestante: Terapia tripla:
AZT+3TC+LPV/r (preferencial) ou
AZT+3TC+NVP (alternativo)
EFZ: contraindicado
Parturiente: AZT injetável

RN exposto: AZT xarope por 6
semanas (+ NVP 3 doses para
crianças cujas mães não
utilizaram ARV na gestação.

NOTA TÉCNICA Nº. 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS

Quimioprofilaxia com AZT+NVP para todos os recém-nascidos de mães com diagnóstico de infecção pelo HIV que NÃO receberam ARV na gestação, mesmo que a mãe tenha recebido AZT injetável no momento do parto.

Intervenções estruturais de prevenção e cuidado

- Fatores que aumentam o risco de aquisição do HIV
 - Fatores sociais, culturais
 - Fatores econômicos
 - Fatores políticos, legais
 - Fatores ambientais
- Abordagem estrutural
 - Desigualdade de gênero
 - Pobreza
 - Direitos humanos
 - Violência

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

Intervenções estruturais mudam as causas básicas que influem a vulnerabilidade e o risco do HIV

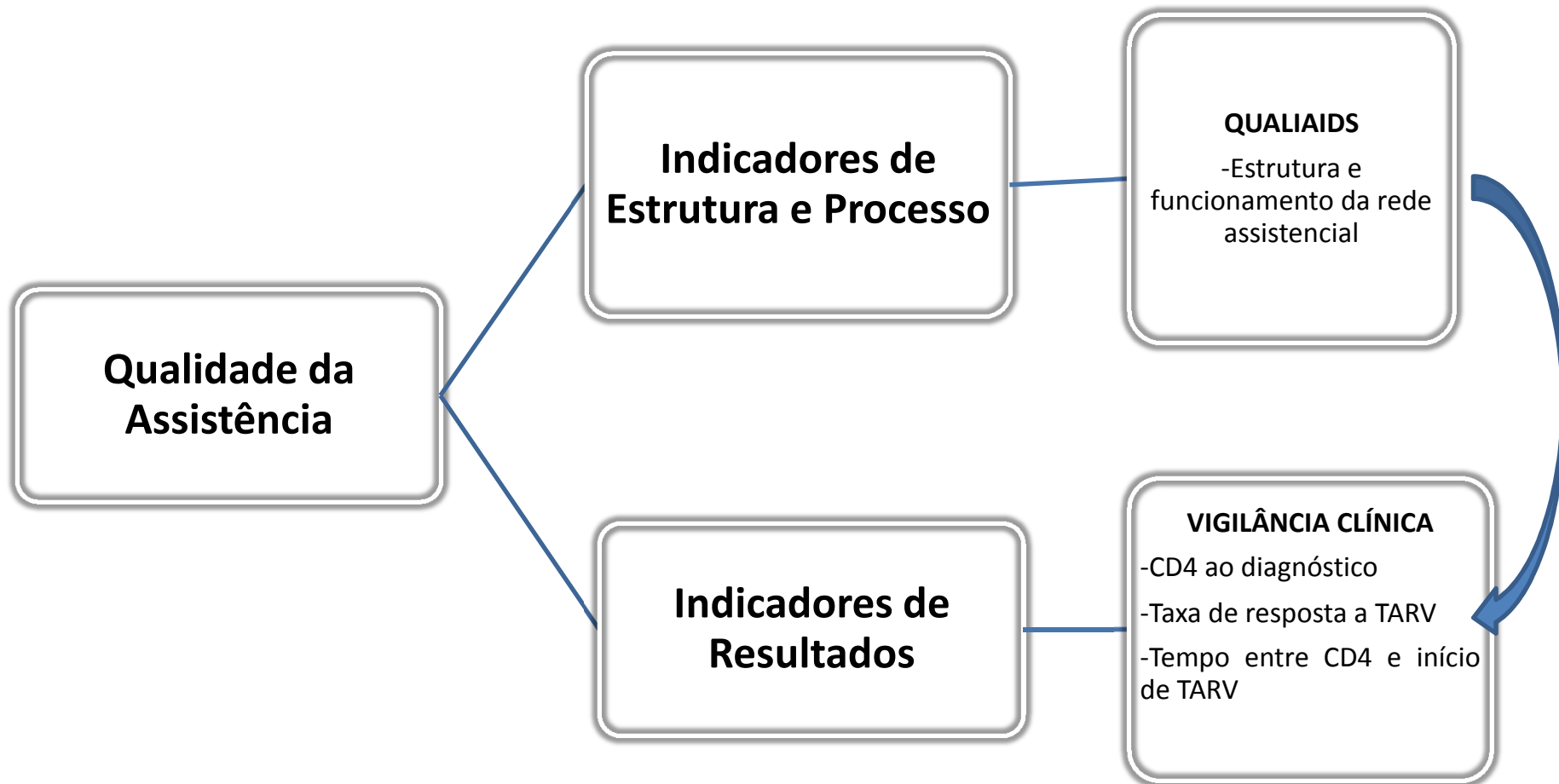
Principais Estratégias

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Principais Estratégias

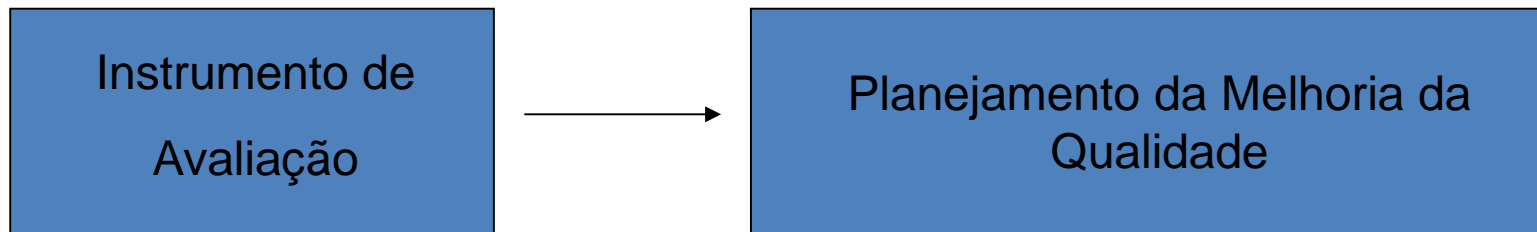
1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. **Avaliação da qualidade da assistência**
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade



QUALIAIDS 2010

Objetivo: Auxiliar as Coordenações de DST e Aids, gerentes e as equipes de saúde locais, na avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial para adultos vivendo com HIV ou Aids (PVHA).



Dimensões e categorias avaliativas



O Qualiaids é autorespondido e aborda três dimensões de avaliação:

- Assistência
 - acolhimento
 - organização das rotinas
 - aconselhamento
 - atividades de adesão
- Gerência
 - registros
 - capacitação de profissionais
 - planejamento
- Recursos
 - medicamentos
 - recursos humanos
 - acesso
 - infraestrutura básica



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde



Resultados 2010 - Perfil dos serviços



Tabela 1 - Distribuição dos serviços nos Estados segundo participação na Avaliação Qualiaids 2010, Brasil

UF	Serviços existentes	Serviços que acessaram à avaliação	Taxa de adesão à avaliação	Serviços considerados na análise	Taxa final dos serviços analisados
AC	1	1	100,0	1	100,0
AL	3	2	66,7	2	66,7
AM	8	7	87,5	5	62,5
AP	1	1	100,0	1	100,0
BA	28	28	100,0	28	100,0
CE	15	15	100,0	15	100,0
DF	9	8	88,9	8	88,9
ES	20	20	100,0	20	100,0
GO	9	9	100,0	9	100,0
MA	10	10	100,0	10	100,0
MG	52	41	78,8	41	78,8
MS	10	10	100,0	10	100,0
MT	12	12	100,0	10	83,3
PA	14	14	100,0	14	100,0
PB	6	6	100,0	6	100,0
PE	15	15	100,0	15	100,0
PI	6	6	100,0	6	100,0
PR	49	44	89,8	43	87,7
RJ	102	83	81,4	81	79,4
RN	5	5	100,0	5	100,0
RO	9	8	88,9	7	77,8
RR	1	1	100,0	1	100,0
RS	59	49	83,1	42	71,2
SC	62	58	93,5	57	91,9
SE	1	1	100,0	1	100,0
SP	200	200	100,0	198	99%
TO	5	5	100,0	5	100,0
Total	712	659	92,6	641	90,0

81,1% dos serviços ambulatoriais estão municipalizados

Tabela 4 - Caracterização dos serviços de assistência à HIV/aids segundo tipo de unidade de saúde, 2010, Brasil (N = 659)

Tipo de serviço	%
Ambulatório de assistência a várias especialidades	40,6
Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/aids (ambulatório exclusivo)	34,1
Ambulatório vinculado a Hospital	9,7
Unidade básica de saúde	14,4
Missing	0,2
Total	100,0

Tabela 5 - Número de pacientes em seguimento nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Porte dos serviços	Número de pacientes em acompanhamento	%
Pequeno	0 a 50	23,1%
	51 a 100	11,7%
Médio	101 a 500	37,1%
Grande	>500	26,3%
Sem informação		1,8
Total		100%

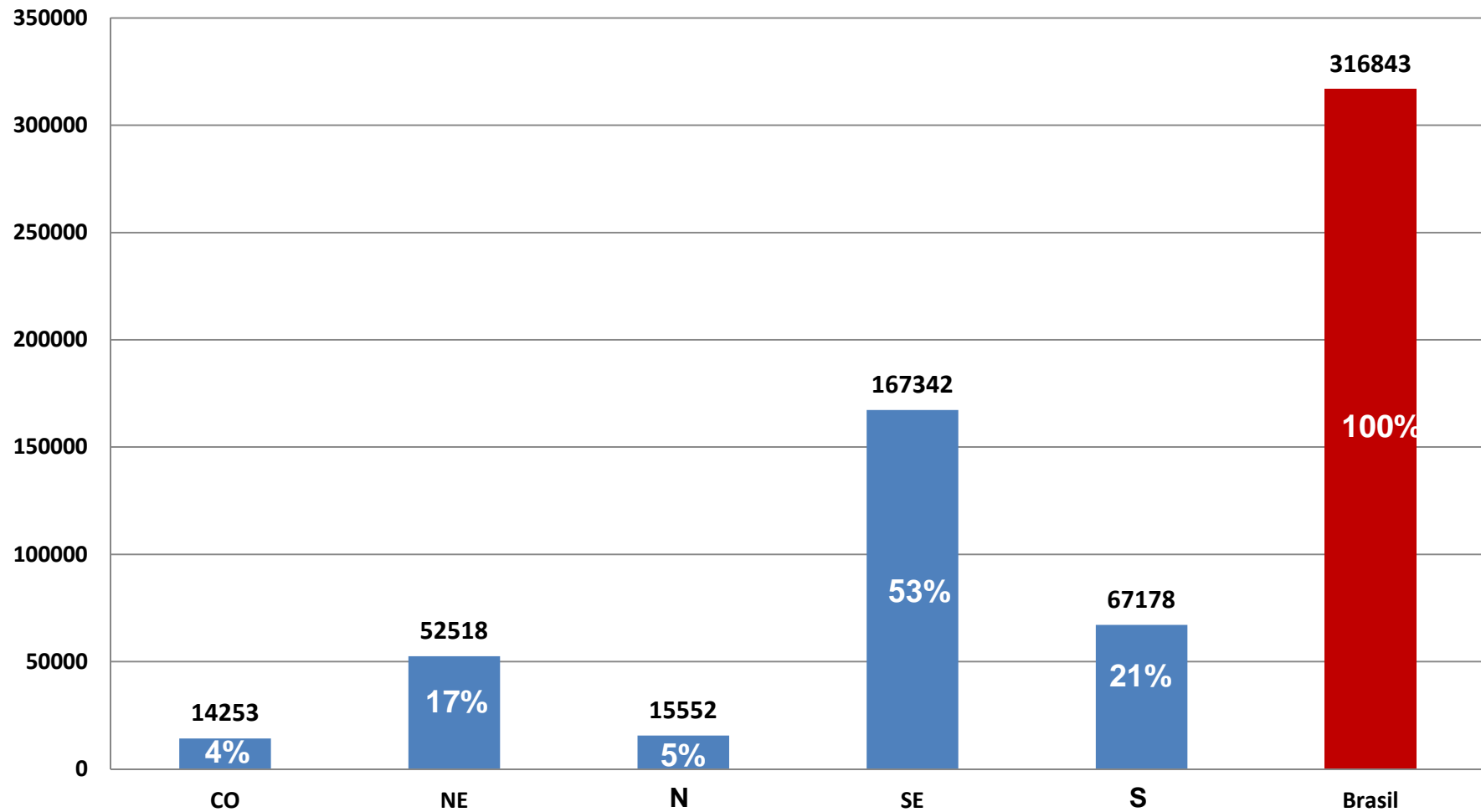
Tabela 6 - Distribuição dos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV por tamanho de município, em 2010, Brasil (N = 659)

Tamanho do município*	%
< 100 mil habitantes	43,1%
≥ 400 mil habitantes	31,9%
> 400 mil habitantes	25,0%
Total	100,0%

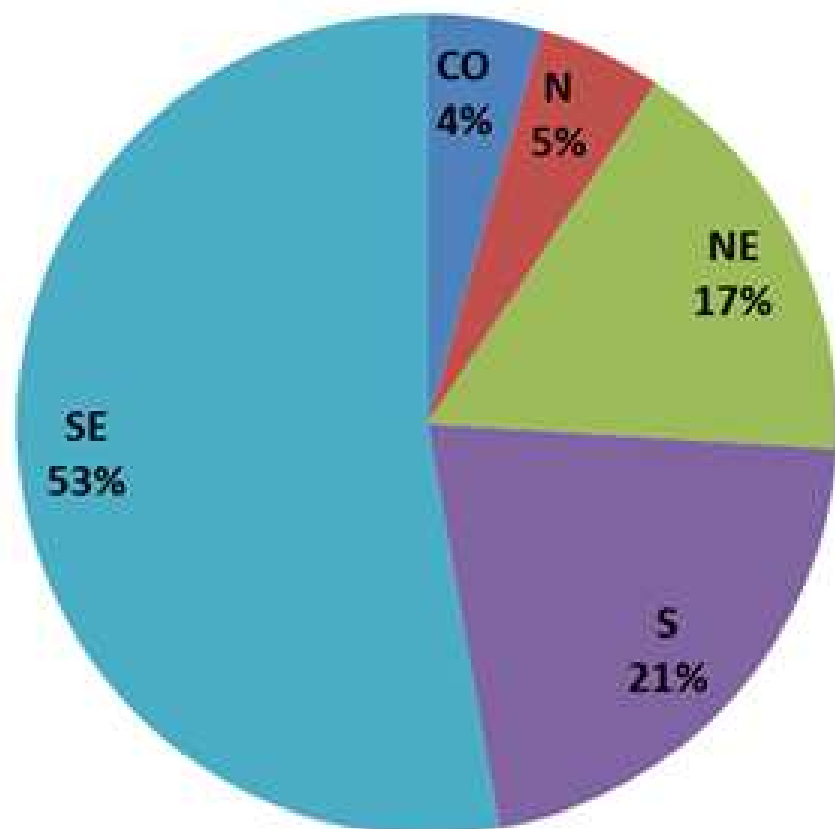
*Fonte: IBGE, dados preliminares Censo 2010¹¹.

Distribuição de pacientes atendidos nos SAE por região.

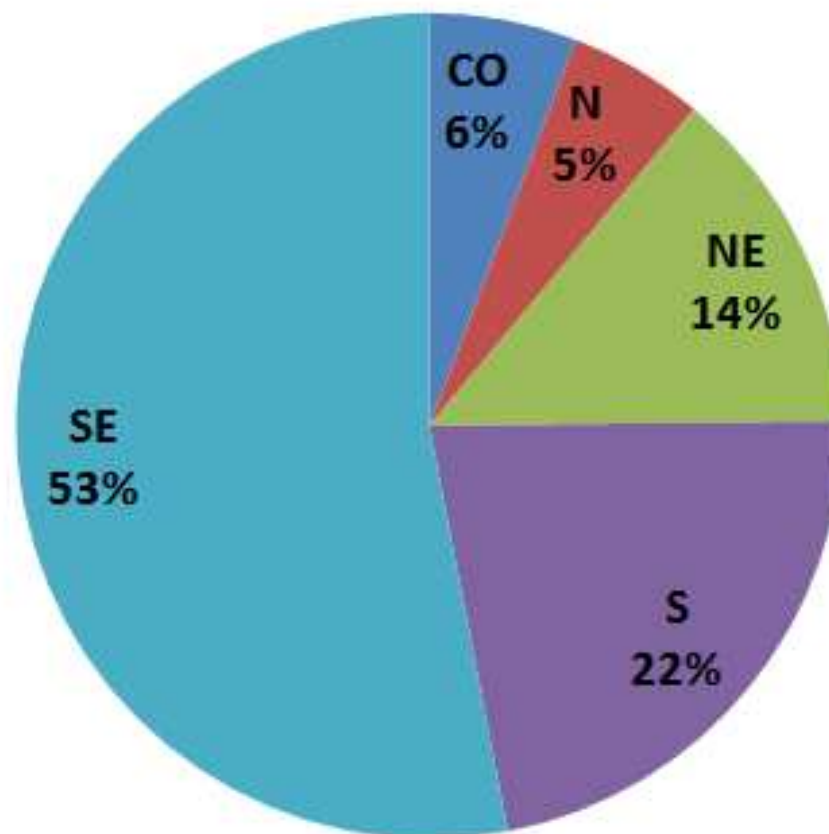
Total de pacientes por Região.



Distribuição de PVHA que fazem acompanhamento em SAE



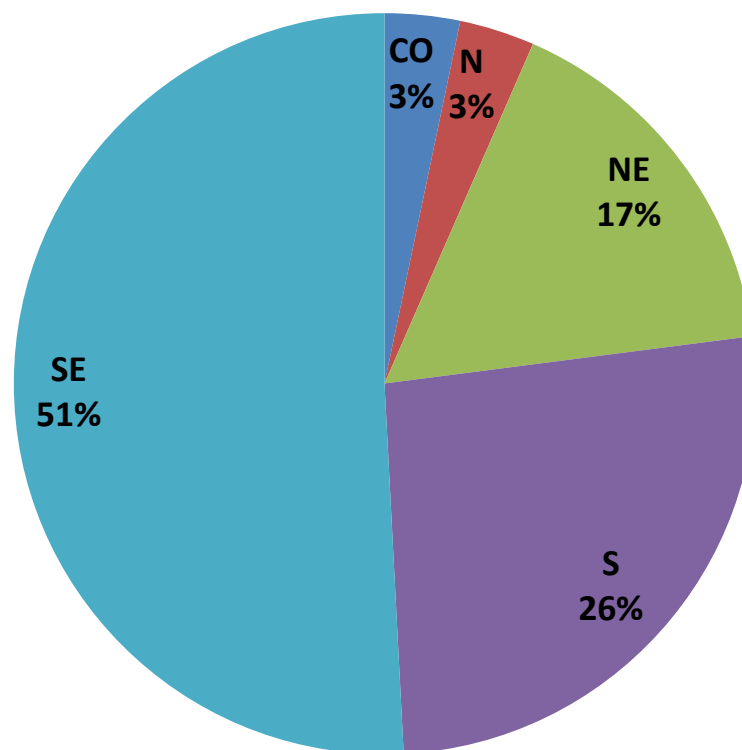
Distribuição de SAE



Atendimento das PVHA: concentração em serviços

- **9,5%** (61 de 641) dos SAE acompanham **50%** das PVHA
- **27,6%** (177 de 641) dos SAE atendem **80%** das PVHA

Distribuição entre regiões dos 61 SAE que acompanham 50% das PVHA no Brasil.



Atendimento das PVHA: concentração em serviços

- Os 61 SAE (9.5% do total de Serviços) que acompanham 50% das PVHA estão distribuídos em 16 estados e DF.

AL	2
BA	2
CE	1
DF	1
ES	2
GO	1
MA	1
MG	4
PA	2
PB	1
PE	2
PR	6
RJ	7
RS	8
SC	2
SE	1
SP	18
Total	61

Principais resultados do QUALIAIDS 2010

- 82% - atendem as pessoas no mesmo dia;
- 73% - o usuário retira os medicamentos no mesmo dia da primeira prescrição médica;
- 93% -o paciente sai da consulta inicial com o retorno agendado – que acontece em até 30 dias, na quase totalidade das vezes (92%)
- 94% -“portas abertas” cinco ou mais dias da semana;
- 55% - atendem pacientes fora do dia agendado (encaixe);
- 86% - orientam casais que desejam ter filhos, por meio da avaliação de riscos e do melhor momento para a concepção

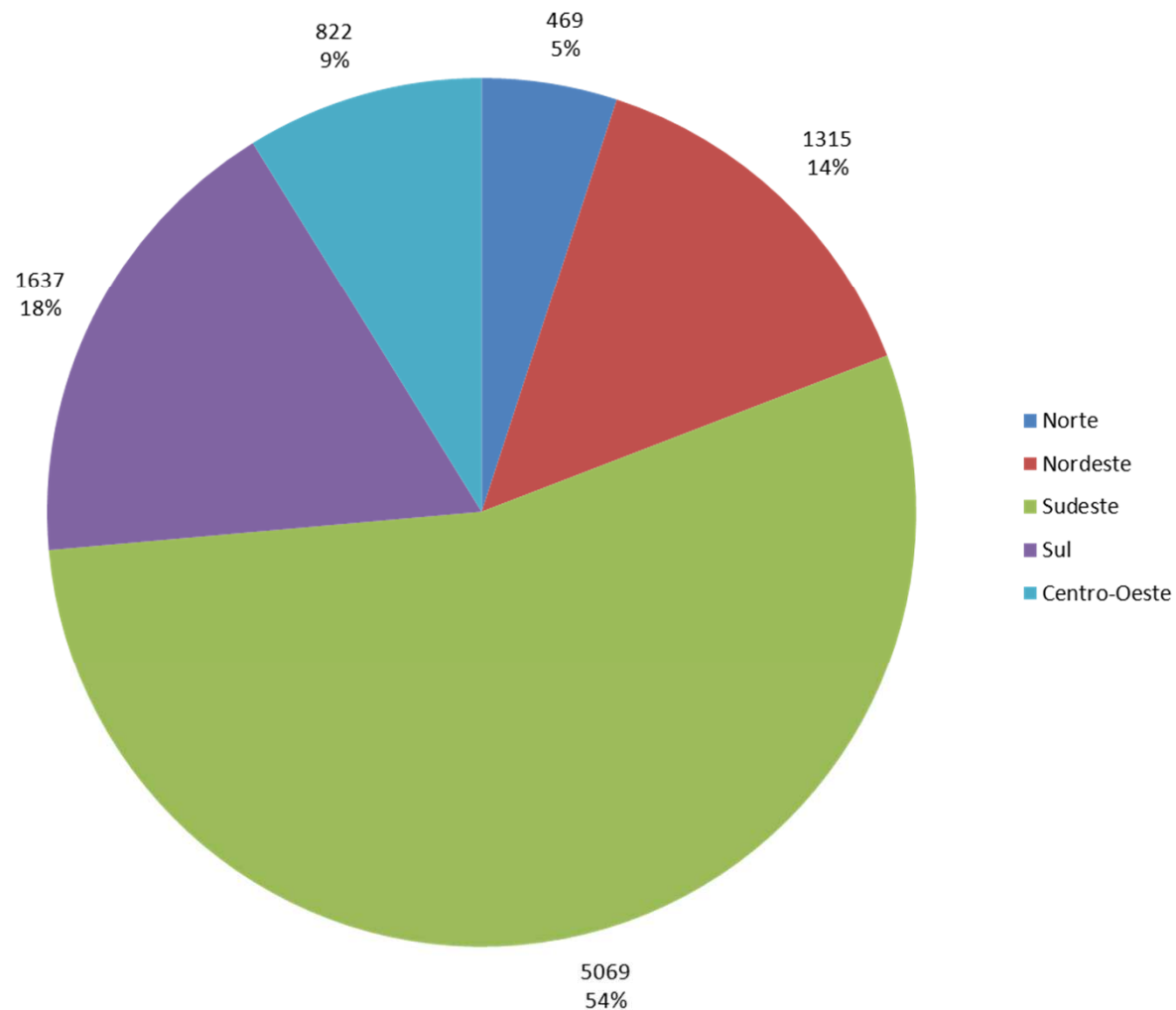
Principais resultados do QUALIAIDS 2010

- O atendimento no SAE é realizado por equipes multidisciplinares:
 - mais de 80% - pelo menos um enfermeiro, um psicólogo e um farmacêutico
 - 72% - infectologistas
 - 76% - assistentes sociais
 - 51% - dentistas
 - 72% - psicólogos;

- 66% dos médicos têm pelo menos 5 anos de experiência

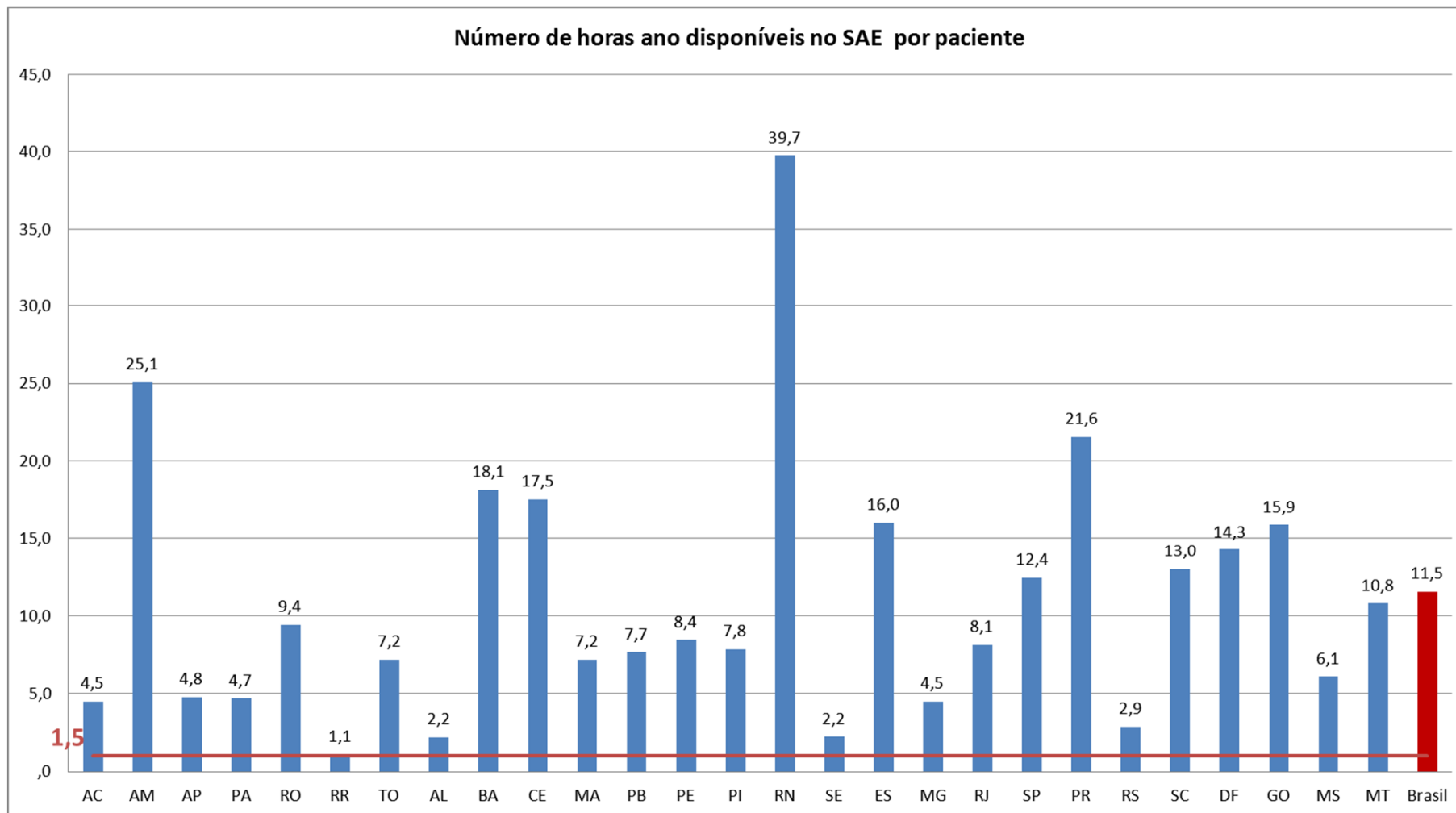
São mais de 9 mil profissionais de saúde envolvidos no cuidado do HIV/aids em SAE, dos quais mais da metade trabalham na região Sudeste

Distribuição regional dos profissionais de saúde que trabalham em SAE



Fonte: Qualiaids 2010

Nos SAE, estão disponíveis, em média 11,5 horas/ano para cada paciente realizar consultas médicas

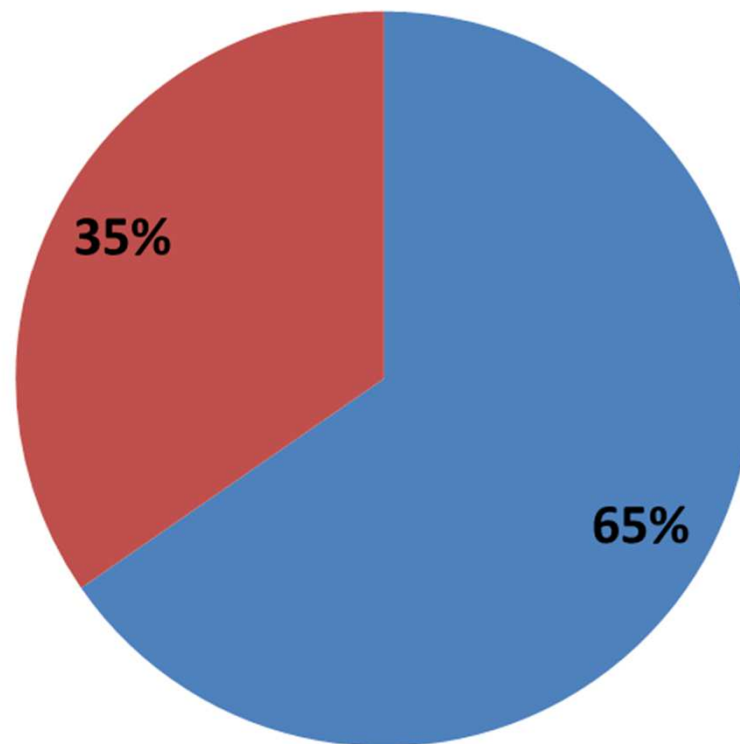


* necessidade mínima de 03 consultas de 30 minutos por ano para pacientes estáveis.

**Entre 641 SAE que responderam o QUALIAIDS – 2010 ,
222 (35%) possuem mais de 6h médicas/paciente/ano.**

Proporção de SAE com mais de 6 h médicas/paciente/ano.

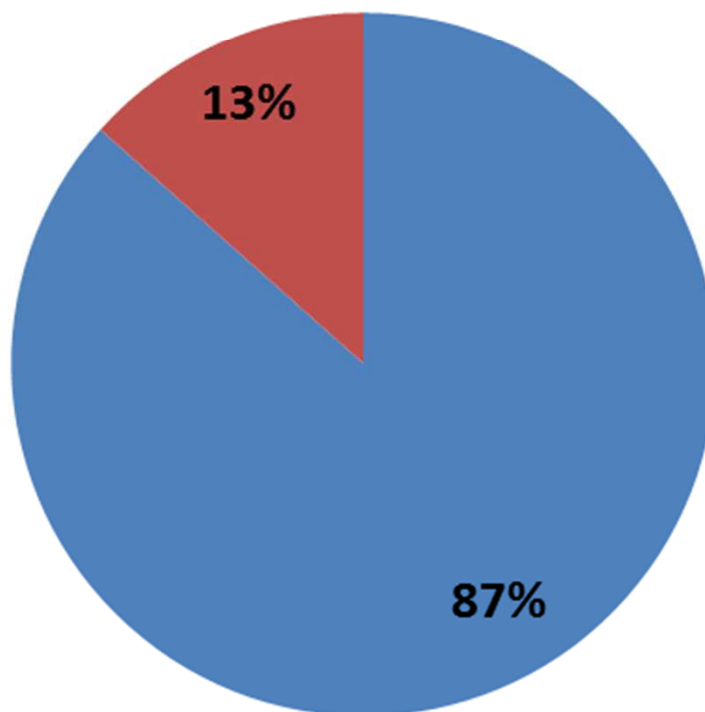
- total de SAE com menos de 6h médicas/paciente/ano
- Total de SAE com mais de 6h médicas/paciente/ano



**Dos 641 SAE que responderam o QUALIAIDS – 2010 ,
86 (13%) possuem menos de 1.5 h
médica/paciente/ano.**

Proporção de SAE com menos de 1.5 h médica/paciente/ano.

- Total de SAE com mais de 1.5 h médicas/paciente/ano
- Total de SAE com menos de 1.5 h médica/paciente/ano



- Com relação aos 61 SAE que acompanham 50% das PVHA temos:
 - **62%** possuem menos de 1.5 h médica/paciente/ano¹
 - **6,5%** possuem mais de 6 h médicas/paciente/ano²

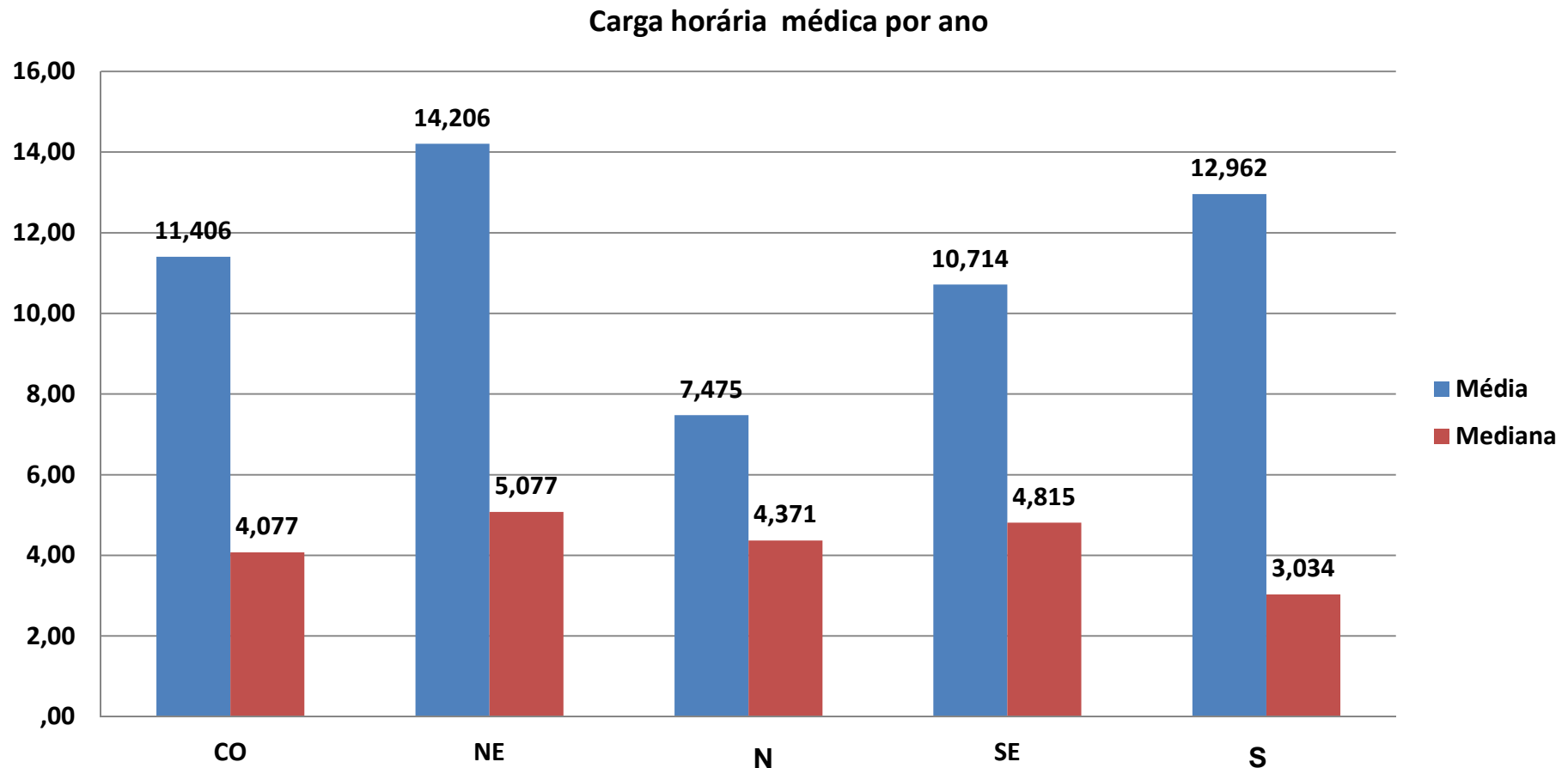
Região	Total de SAE que acompanham 50% das PVHA e que possui menos que 1.5 h.
CO	1
N	2
NE	6
S	11
SE	18
Total	38

¹ 1.5 h = 3 consultas de retorno com duração de 30 min por paciente/ano.

² 6 h = 12 consultas de retorno com duração de 30 min por paciente/ano.

Média e mediana de horas disponíveis para atendimento médico/paciente/ano nos SAE em cada Região.

A carga horária mediana varia entre 3 hs (Sul) e 5 hs (Nordeste).
A variação de disponibilidade é muito grande, conforme observa-se nas médias de cada região



Comparação - QUALIAIDS 2007 e 2010

- Redução da proporção de ambulatórios de HIV/aids inseridos em UBS e hospitais e aumento do número de serviços inseridos em ambulatórios de especialidades
- Redução da proporção de serviços em capitais ou municípios com mais de 400 mil habitantes
- A frequência de serviços abertos ao público cinco ou mais dias da semana manteve-se acima de 80%
- Permanece baixa a proporção de serviços que realizam reuniões, principalmente para discussão de caso
- O encaminhamento para especialidades e a contratação de recursos humanos de nível superior ainda são as dificuldades gerenciais mais relatadas.
- Há carga horária de trabalho disponível para atendimento médico na rede, entretanto existem apontamentos de falta de disponibilidade de consultas médicas, exceto em serviços que concentram a maior parcela do atendimento

Comparação II - QUALIAIDS 2007 e 2010

- Houve aumento na proporção de serviços que agendam 16 ou mais consultas por médico, por período de quatro horas
- O tempo de duração de 15 minutos para consulta médica de retorno ainda é predominante
- Diminuiu o número de unidades em que os casos novos têm tempo de duração de consulta maior que 45 minutos.
- De modo geral os serviços ainda não oferecem estrutura que facilite a participação dos usuários no encaminhamento de soluções e houve diminuição na integração dos serviços com organizações não governamentais.

Comparação III - QUALIAIDS 2007 e 2010

- **Busca de faltosos**

52,8% - convocam os casos de maior gravidade clínica ou com exames alterados

38,5% - aqueles em uso de antirretroviral

42,5% - quando é caracterizado o abandono

30,5% - convocam todos os pacientes faltosos

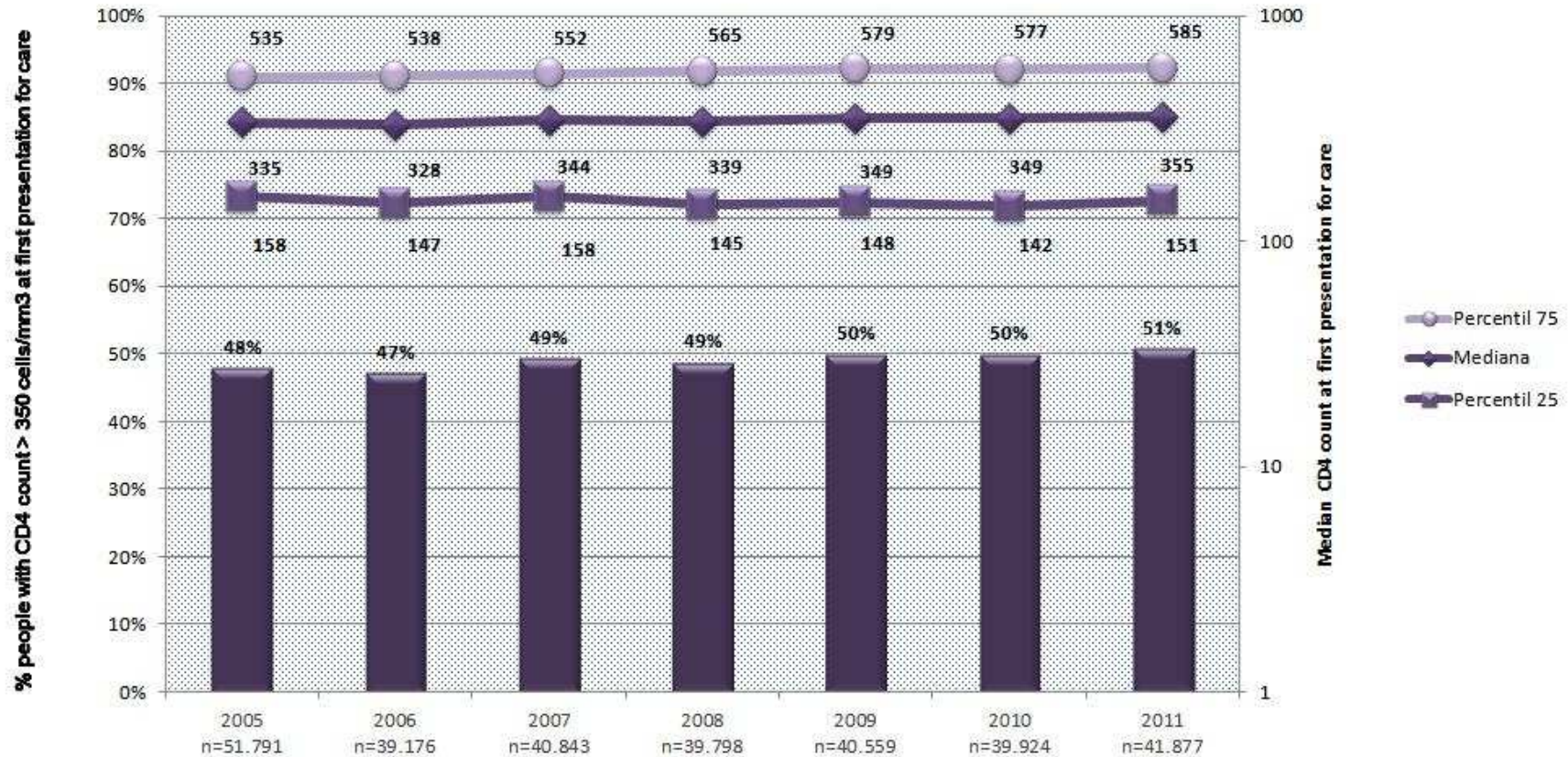
5,6% - não fazem controle de faltosos

Na dimensão de disponibilidade de recursos chama atenção, a manutenção da diferença entre recursos de provisão federal – de boa disponibilidade em geral - com importantes deficiências naqueles de provisão local

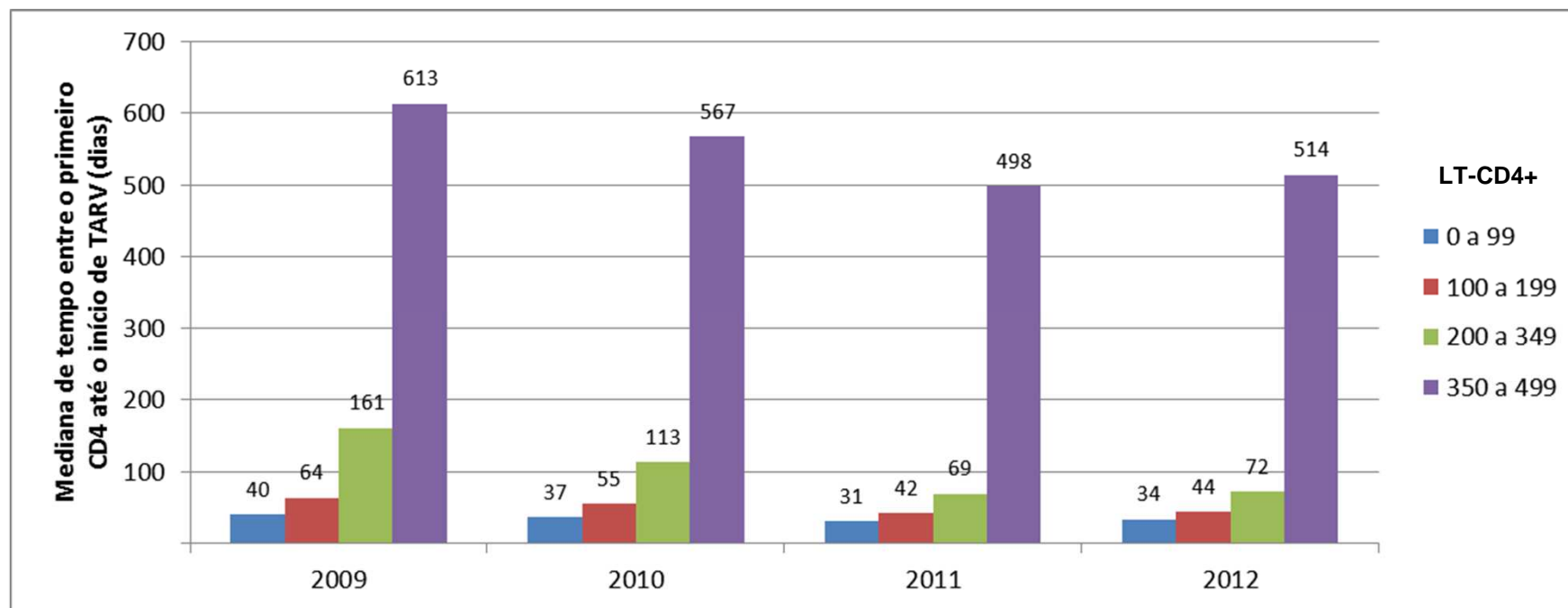
Principais Estratégias

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. **Vigilância Clínica**
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Contagem de CD4 no momento do diagnóstico



Tempo entre o Primeiro CD4 e o Início de TARV

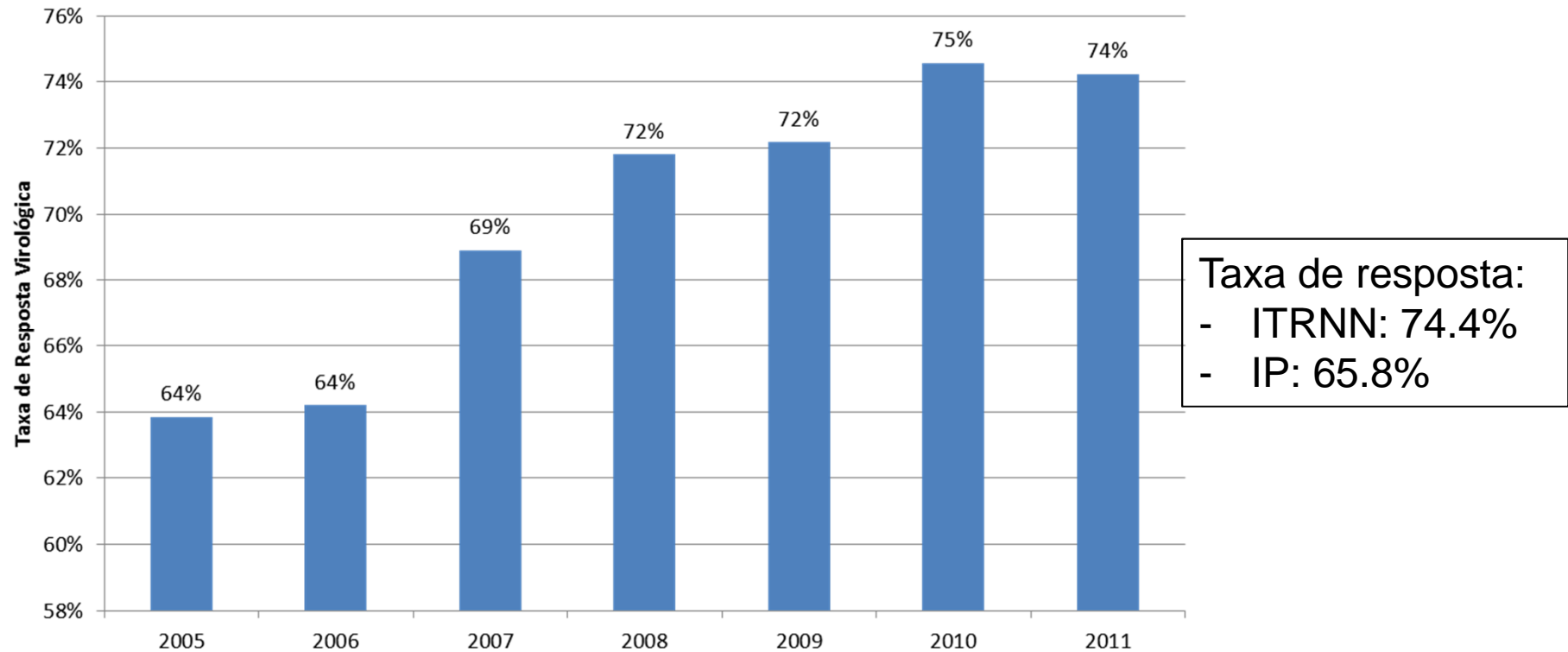


*População ≥18 anos

Fonte: SISCEL e SICLOM

Taxa de Resposta Viroológica

Carga viral indetectável após 6 meses de início de TARV

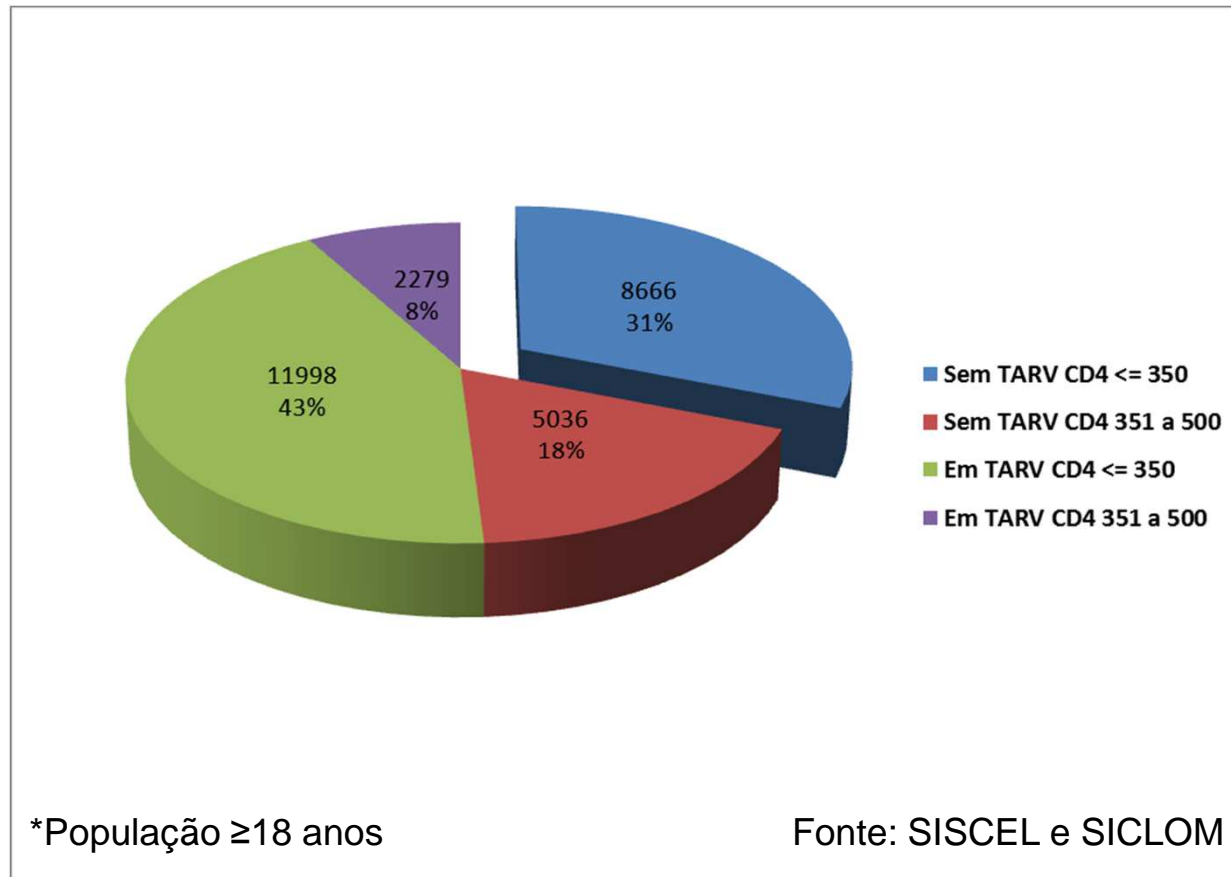


*População ≥18 anos

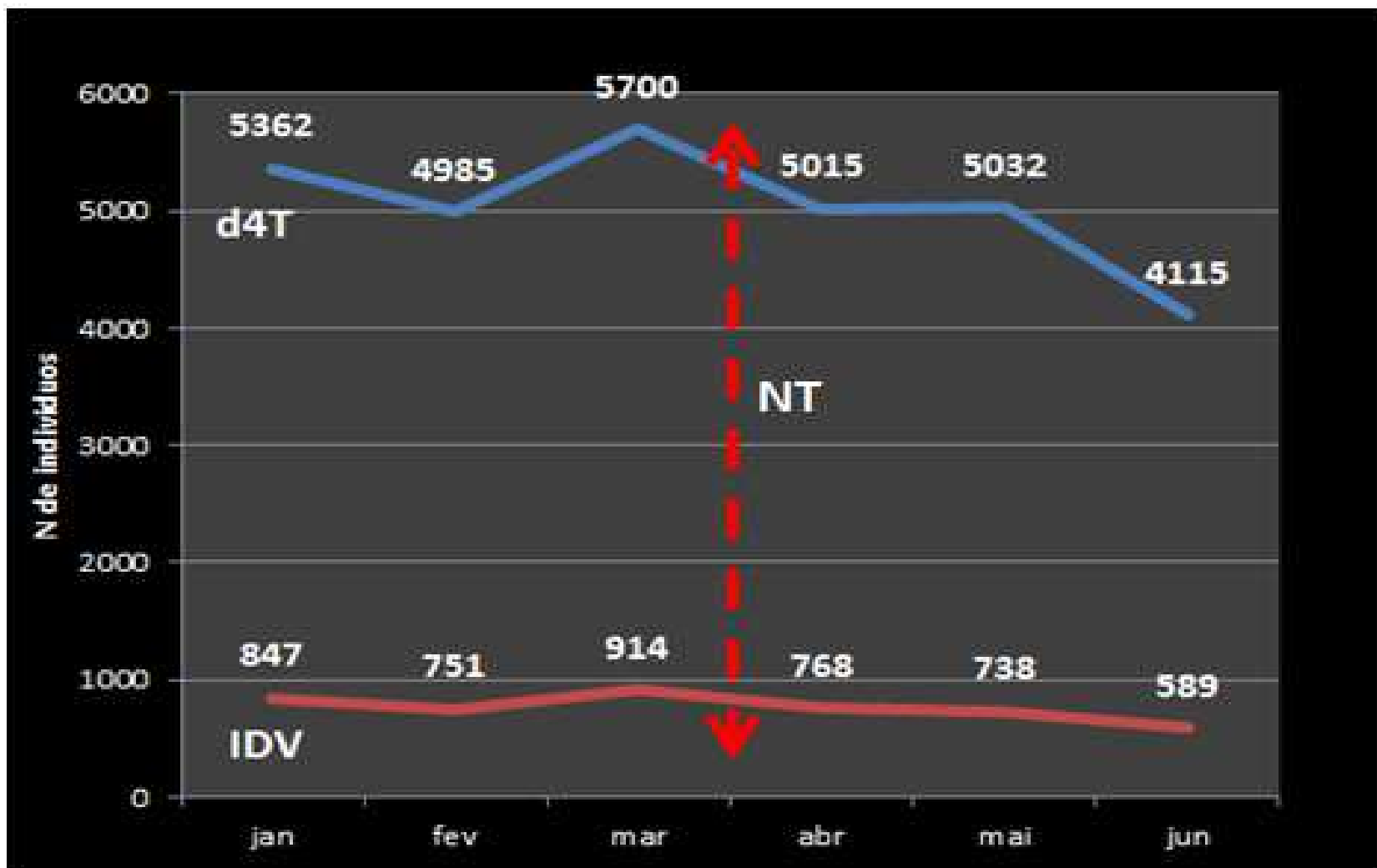
Fonte: SISCEL e SICLOM

Indicação Tardia de TARV

Distribuição de pacientes de acordo com TARV e CD4, 2011.



Número de indivíduos em uso de esquemas contendo estavudina ou indinavir antes e após publicação da NT 90/2012



Fonte: SICLOM

Principais Estratégias

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

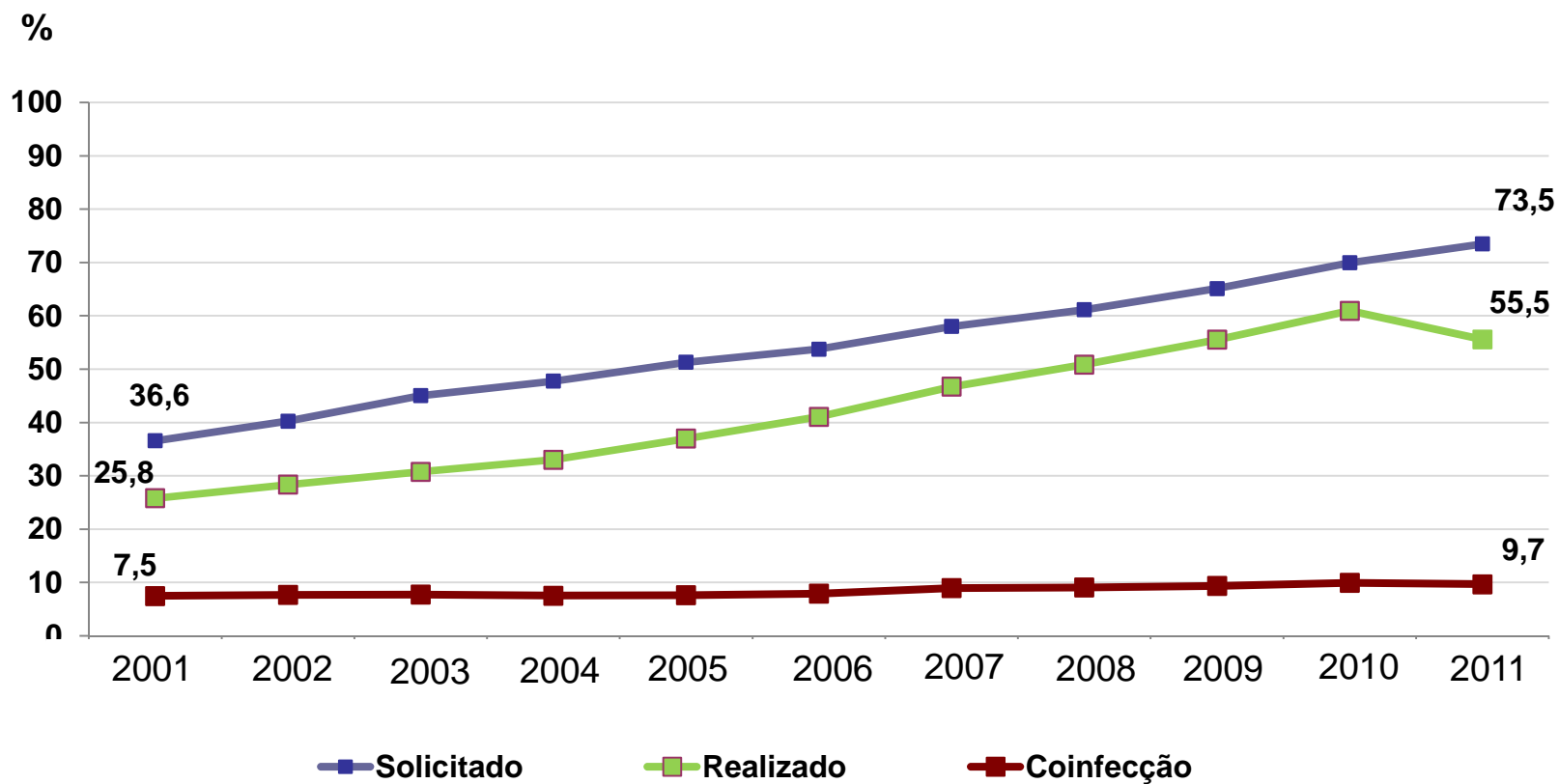
TB/HIV - SAE como referência

Desafios

- Ampliação do acesso à prova tuberculínica e da adesão dos médicos à indicação de isoniazida profilática;
- Expansão do diagnóstico precoce de TB em PVHA;
- Ampliar a testagem rápida como diagnóstico do HIV em portadores de TB;
- Efetivação dos serviços que atendem pessoas com HIV/aids (SAE) como referência para o acompanhamento da coinfecção TB-HIV;
- Adequação e/ou ações de controle de infecção nos serviços.

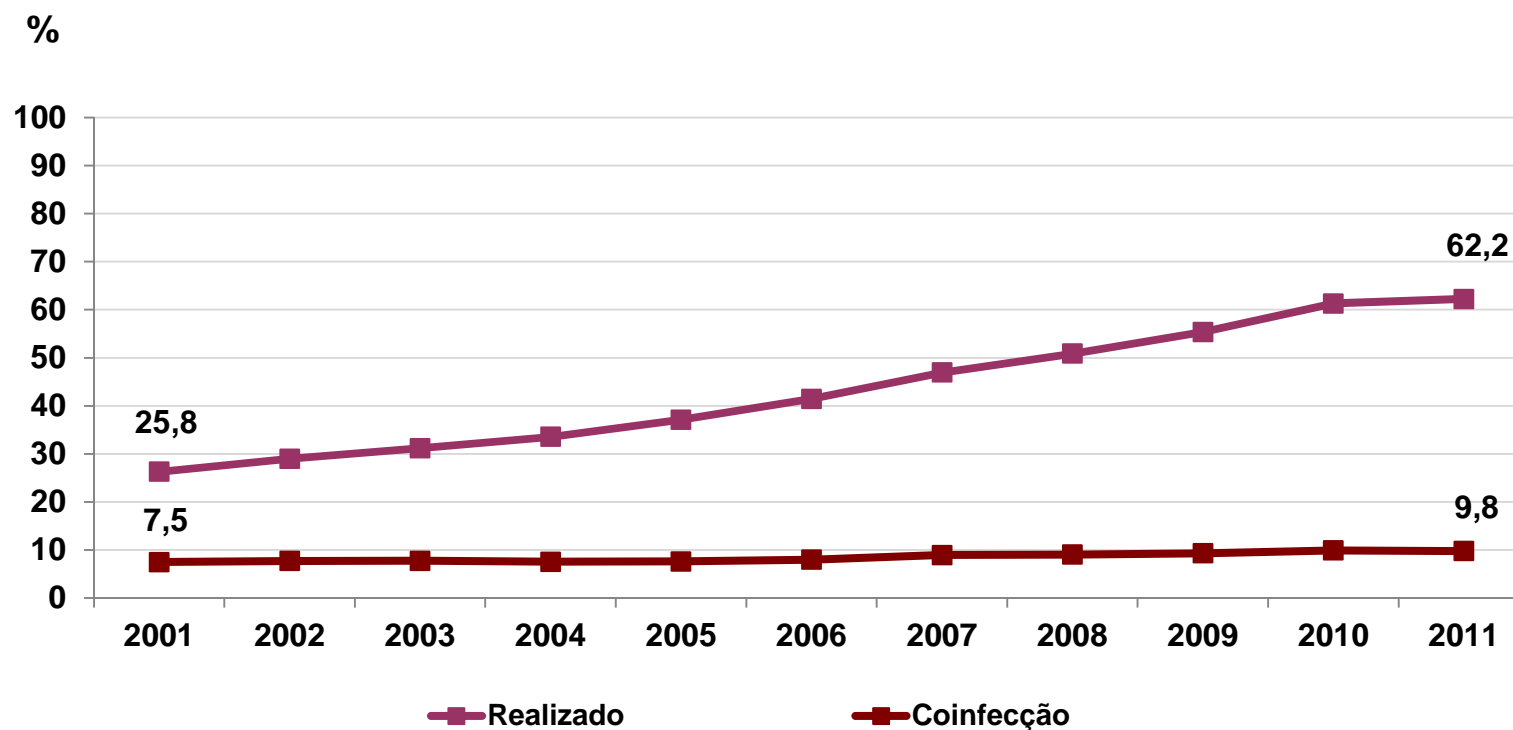
Integração efetiva dos programas e da rede de Serviços a partir do programa para coinfecção

**Percentual de casos novos de TB segundo coinfeção,
Solicitação e realização do exame anti-HIV.
Brasil, 2001-2011***



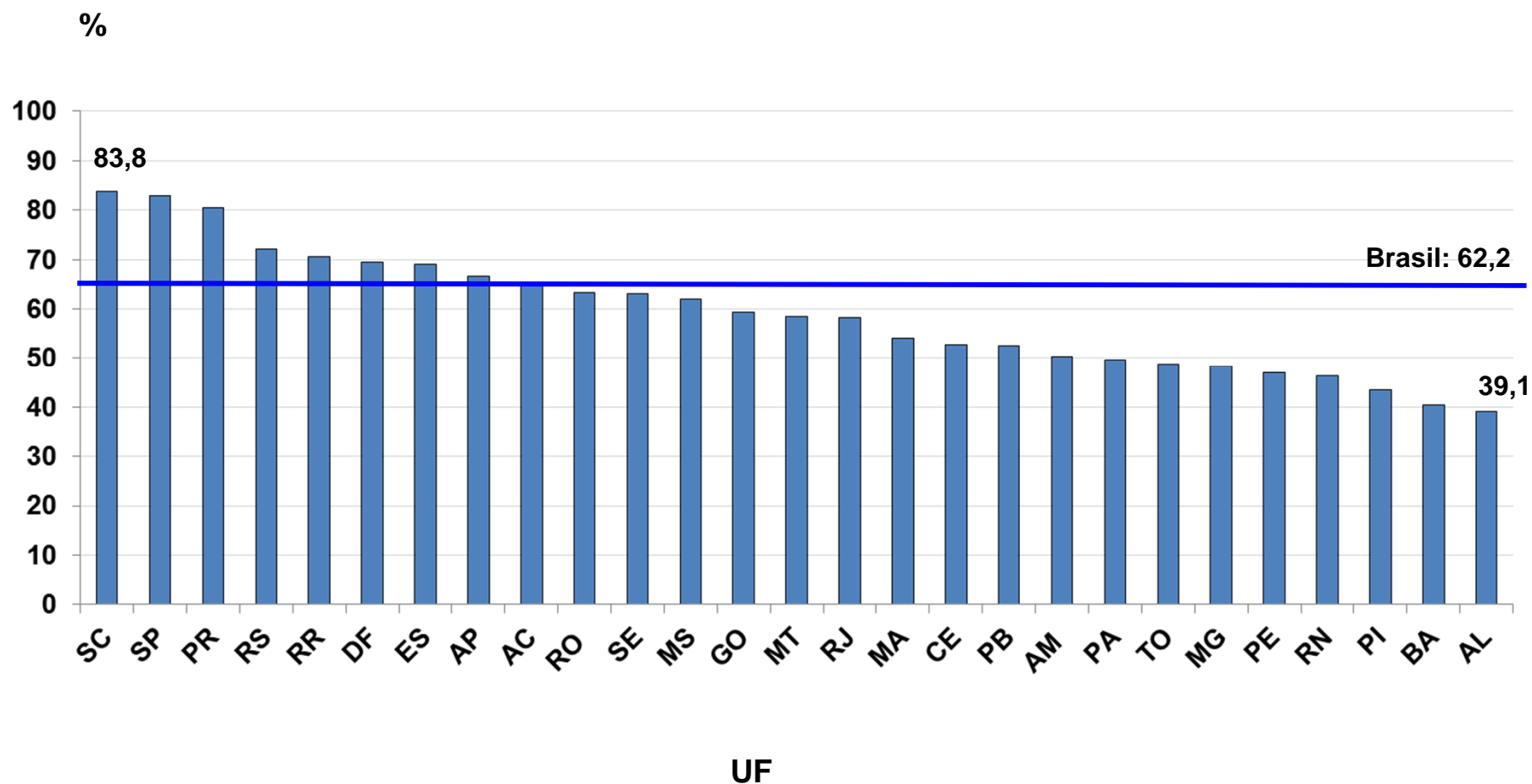
Fonte: MS/SINAN. * Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Percentual de casos novos de TB segundo coinfeção e realização do exame anti-HIV. Brasil, 2001-2011*



Fonte: MS/SINAN. * Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Percentual de realização de exame anti-HIV por UF. Brasil, 2011*



Fonte: MS/SINAN. * Dados preliminares, sujeitos a revisão. Realizado = positivo + negativo

TB/HIV - SAE como referência

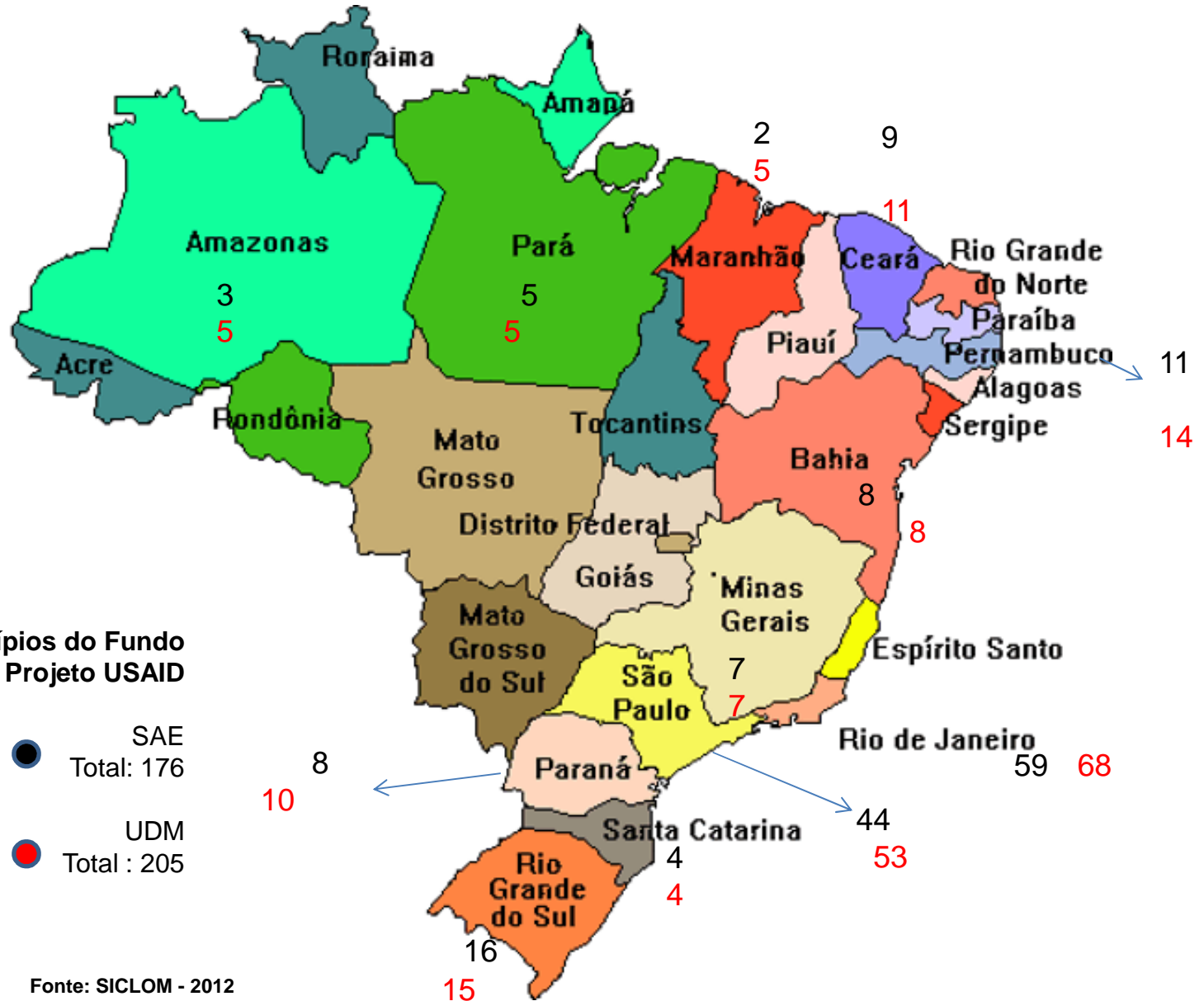
Ações

- **Disponibilização de tuberculostáticos nas UDM e preparação da rede de serviços – vídeoconferências com todos os estados**
- **Publicação de documentos**
 - Nota técnica nº. 421/12 - Disponibilização de rifabutina para pacientes coinfetados com TB-HIV nos Serviços de Atenção Especializada a PVHA;
 - Documento sobre Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a PVHA
- **Atualização e capacitação para médicos e equipe multidisciplinar**
 - Oficinas regionais de coinfeção TB-HIV em parceria com PNCT com abordagem dos seguintes temas:
 - Capacitação da rede em Controle de Infecção no SAE

Distribuição dos Serviços no Brasil

14 Municípios de 11 Estados

- Manaus
- Ananindeua
- Belém
- São Luís
- Fortaleza
- Recife
- Salvador
- Belo Horizonte
- Contagem
- Rio de Janeiro
- São Paulo
- Florianópolis
- Itajaí
- Porto Alegre



Fonte: SICLOM - 2012

Principais Estratégias

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. **Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede**
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Cuidado das PVHA com Lipodistrofia

Promoção e Prevenção - Mudanças de Estilo de Vida

Tratamento – atenção psicossocial, manejo ARV e de alterações metabólicas, **intervenções cirúrgicas**

PORTARIA CONJUNTA SAS/SVS nº 01 de 20 de janeiro de 2009:

- Preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA);
- Lipoaspiração de giba, dorso e abdome;
- Redução de mamas e ginecomastia;
- Implante de prótese glútea com enxerto e/ou PMMA.

Hospitais credenciados

Estado	Cidade	Instituição
SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina SJRP
SP	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
SP	Ribeirão Preto	Hospital de Clínicas
SP	São Paulo	Hospital Heliópolis
SP	São Paulo	Inst. Infectologia Emilio Ribas
DF	Brasília	Hospital Regional da Asa Norte HRAN
PR	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
PR	Curitiba	Hospital Evangélico do Paraná
RS	Porto Alegre	Hospital Nossa Sra. da Conceição
RS	Caxias do Sul	Hospital Geral
CE	Fortaleza	HU Walter Cantídio
PE	Recife	Inst. de Medicina Integral (IMIP)

Ambulatórios credenciados

Estado	Cidade	Instituição
SP	Botucatu	HC da Faculdade de Medicina – UNESP
SP	São Vicente	SAE de São Vicente
SP	Assis	Hospital Regional de Assis
SP	Taboão da Serra	SAE do Jardim Helena
SP	Guarujá	SAE do Guarujá
PB	João Pessoa	Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga
ES	Vitória	Santa Casa de Misericórdia
CE	Fortaleza	Hospital São José
TO	Araguaína	Hospital de Doenças Tropicais
BA	Salvador	CEDAPS
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Geral de Bonsucesso
PE	Recife	HU Oswaldo Cruz
PI	Teresina	Hospital Getúlio Vargas

Repasse de Recursos

- Realizado desde janeiro 2009, no Teto MAC.
- De fevereiro de 2009 a outubro de 2012 foram repassados **R\$ 16.899.150,64** .
- Levantamento da CGMAC no DATASUS, em 2010 e 2011: pagos **998 preenchimentos faciais com PMMA** e **120 cirurgias reparadoras**, ao custo de **R\$ 594.768,00 (4,5% dos recursos)**.

Atribuições e ações do MS

- **Reuniões com CE e CM de DST e Aids** – recomendações para a rede de tratamento da lipodistrofia e demais etapas do processo de credenciamento;
- **Discussões regulares** junto à COGE, CAMS e CNAIDS;
- Elaboração de **materiais informativos** sobre Lipodistrofia para profissionais de saúde e PVHA (folder, cartaz e cartilha);
- **Projeto de Capacitação para PMMA** (2005 a 2010) – 223 médicos capacitados no país;
- Publicação do **Manual de Preenchimento Facial com PMMA**, 2009 e do **Manual de Atividades Físicas para PVHA em 2012**

Encaminhamentos necessários

- Coordenações devem iniciar ou retomar o **estabelecimento da rede de serviços** e as articulações e/ou processos de credenciamento em curso no estado/município;
- Iniciar ou concluir os **credenciamentos dos serviços**, pois um número grande de serviços segue funcionando de maneira informal no país, sem estar habilitado junto ao SUS, sem cobrar pelos procedimentos.

Principais Estratégias

1. Desenvolvimento e atualização de diretrizes, incluindo as recomendações de tratamento
2. Avaliação da rede de serviços assistenciais e laboratoriais
3. Avaliação da qualidade da assistência
(Qualiaids, OuvidorSUS, cruzamento de bancos de dados)
4. Vigilância Clínica
5. TB/HIV – reorganização da rede de atenção
6. Lipodistrofia – prevenção e implementação da rede
7. Subsídios a elaboração das RAS – matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Matriz de Linhas de Cuidado para HIV/Aids

Para estabelecer a rede de atenção à saúde é preciso:

- Definir as redes temáticas
 - Construir as Linhas de Cuidado com fluxos e protocolos de cuidado
 - Articular os pontos de atenção (primária, secundária, terciária, sistemas de apoio e logístico)
 - Definir as atribuições de cada ponto de atenção
 - Estabelecer fluxos entre os serviços de saúde
- GT organizado pelo Departamento com 6 Coordenações Estaduais e 6 Coordenações Municipais de DST/Aids para definição da matriz das linhas de cuidado – encaminhamento da última reunião de coordenadores

Formação de GT de assistência

- Objetivo: avaliar e estabelecer recomendações aos três níveis de gestão
- Composição: coordenações estaduais e municipais, CONASS e CONASEMS, Gerências Serviços, Organizações da Sociedade Civil
 - Identificação de pontos críticos
 - Necessidade de ampliação da rede de serviços?
 - Desenvolvimento de linhas de cuidado para organização da rede de atenção
 - Definição de protocolos assistenciais

Transmissão Vertical do HIV e sífilis

Metas

- ✓ Eliminação da sífilis congênita – menor que 0,5/1000 nascidos vivos até 2015.
- ✓ Eliminação do HIV – taxa de transmissão menor que 1% até 2015

Ações em andamento

- ✓ Revisão do Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis
- ✓ Plano de Qualificação das Linhas de cuidado da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita em parceria com o UNICEF
- ✓ Rede Cegonha – implantação dos TR na 1ª consulta do pré-natal para 100% das gestantes até 2015
- ✓ Atualização das Recomendações para prevenção da TV do HIV, sífilis, Hepatite B e HTLV

Próximos passos

- Aprofundar análise da estrutura e qualidade dos serviços
- Ações de melhoria da qualidade junto aos estados a partir dos resultados do Qualiaids
- Avaliação da qualidade da atenção na perspectiva do usuário
- Implementação da vigilância clínica na rede de serviços e sua inclusão no Boletim Epidemiológico
- Implementar o atendimento integral da coinfeção TB/HIV nos Serviços de Atendimento de HIV/aids
- Estruturar a coorte nacional de PVHA
- Assessorar e induzir a definição das linhas de cuidado de HIV/Aids pelos estados e municípios dentro das RAS
- Formação do GT de Assistência (CE e CM, CONASS, CONASEMS, SC) – avaliar e estabelecer recomendações aos três níveis de gestão

Quais outras ações e estratégias
necessitamos desenvolver?