MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DDEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS

SUPLEMENTO DO GUIA PARA CERTIFICAÇÃO DA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: INSTRUMENTOS DE VALIDAÇÃO

Brasília

2017

**INTRODUÇÃO**

Este documento é o suplemento do Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV nos municípios brasileiros, adaptado da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde para o contexto do Sistema Único de Saúde do Brasil.

 É composto por quatro temas, os quais seguem descritos abaixo:

* Avaliação de Programas e Serviços de Saúde;
* Avaliação da Vigilância Epidemiológica;
* Avaliação de Laboratórios;
* Avaliação de Direitos Humanos, Igualdade de Gênero e Participação da Comunidade.

Cada tema possui os respectivos instrumentos de validação para preenchimento pelos coordenadores responsáveis pelos programas, profissionais de saúde, usuários dos serviços e representantes da sociedade civil, conforme indicado pelo gestor municipal e definido nos instrumentos. Todos os instrumentos deverão ser enviados ao estado junto com o relatório municipal de validação (anexo A) do Guia, constituindo a formalização inicial do processo de certificação.

Os instrumentos preenchidos e enviados pelo município, serão verificados no momento da visita *in loco*, que será realizada pelos membros da Equipe Nacional de Validação (ENV), conforme estabelecido no Guia. O município fica responsável pelo apoio logístico nos diversos pontos de atenção visitados, que serão definidos previamente. As unidades selecionadas para verificação devem ser comunicadas oficialmente antes da visita para realização de procedimentos pertinentes, como exemplo, a separação dos registros/prontuários dos casos que serão avaliados e demais processos necessários.

As especificidades de cada tema estão nos capítulos correspondentes a seguir.

**Capítulo 1**

**Avaliação de**

**Programas e Serviços de Saúde**

 Este capítulo abrange os instrumentos de validação para avaliação dos programas e serviços de saúde públicos e privados (contratados ou conveniados), que integram o SUS. O objetivo é verificar se programas e serviços de saúde são suficientes e estão organizados para atender as ações específicas para eliminação da transmissão vertical do HIV, com acesso ampliado e qualidade adequada.

Nesse tema, os instrumentos para resposta são direcionados para:

1) Gestão Municipal de Saúde

2) Serviços da Atenção Básica

3) Serviços Especializados (pré-natal de alto risco e seguimento da criança exposta)

4) Maternidades

5) Gestantes/puérperas que não vivem com HIV

6) Gestantes/puérperas vivendo com HIV

Devem ser incluídos os serviços, que compõem a linha de cuidado para prevenção da transmissão vertical do HIV, inclusive aqueles localizados em **áreas de maior vulnerabilidade individual e social.**

Os instrumentos deverão ser respondidos pela gestão municipal de saúde (coordenadores responsáveis pelos programas), por profissionais de **pelo menos dois serviços da atenção Básica, um serviço especializado (pré-natal de alto risco e seguimento da criança exposta) e uma maternidade**, sendo considerados os serviços municipais/estaduais/federais, desde que componha a referência na rede de atenção à saúde. Além disso, o gestor deve entrevistar ou designar um profissional para entrevistar **pelo menos uma gestante/puérpera que não vive com HIV e uma gestante que vive com HIV**.

1. **Instrumento de validação para resposta da Gestão Municipal de Saúde**

|  |
| --- |
| **Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_** |

Coordenadores responsáveis pelos programas (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (maternidade), Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde de Adolescentes e Jovens, Saúde da Criança, Vigilância Epidemiológica, IST/Aids, entre outros)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

**1) Instrumento de validação para resposta da Gestão Municipal de Saúde**

|  |
| --- |
| **1.1 Informações de Gestão** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal de prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, há quanto tempo está implementado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Está em conformidade com protocolos[[1]](#footnote-1) e Caderno de Atenção Básica nº 32[[2]](#footnote-2) do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe planejamento conjunto entre os programas de IST/HIV/Aids, Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem, entre outros?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe Comitê de Investigação para discussão dos casos e prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe controle social das ações e serviços de saúde do município? Se sim, cite-as.
 |  |  |  |  |  |
| **1.2 Financiamento** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Quais são as principais fontes de financiamento para ações e serviços de saúde de prevenção da transmissão vertical do HIV? (Descrever a participação municipal no financiamento).
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem dificuldades de financiamento para desenvolver essas ações e serviços de saúde? Se sim, como estão sendo superadas?
 |  |  |  |  |  |
| **1.3 Gestão de pessoas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. O número de profissionais nos serviços de saúde é adequado para desenvolver ações de prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nessa linha de cuidado, as equipes são multiprofissionais? Se sim, qual é o quantitativo, por categoria profissional?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os profissionais de saúde são capacitados para prevenção da transmissão vertical do HIV? Se sim, qual periodicidade?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nas capacitações são abordadas a atenção integral à saúde de grupos socialmente vulneráveis (ex.: pessoas em situação de rua, pessoas que usam drogas)?
 |  |  |  |  |  |
| **1.4 Ações e serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existem ações de prevenção combinada para gestantes e nutrizes, com divulgação de práticas sexuais seguras e uso de preservativos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem serviços que fazem abordagem de planejamento reprodutivo para mulheres vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem serviços de referência para assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV? Quantos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos serviços de pré-natal de alto risco/SAE e maternidade, existe referência e contra referência da mulher vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Qual o percentual de gestantes vinculadas à Atenção Básica no primeiro trimestre da gestação?
 |  |
| 1. O teste rápido (ou teste laboratorial) de HIV está disponível na Atenção Básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O teste rápido de HIV está disponível nas maternidades?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quais serviços de saúde dispensam antirretrovirais para gestantes com HIV?
 |  |
| 1. É realizada genotipagem pré-tratamento para gestantes vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A contagem de LT-CD4+ está disponível às pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O exame de CV-HIV está disponível às pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem estratégias no município para pré-natal do parceiro? Quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O teste rápido ou laboratorial de HIV está disponível para parcerias sexuais das gestantes do pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços possuem fluxo de atendimento à violência sexual? Se sim, quantos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada a testagem (teste rápido ou laboratorial) de HIV, sífilis, hepatite B e outras IST nos casos de exposição sexual de risco?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são notificados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os testes diagnósticos do HIV para crianças expostas estão disponíveis e acessíveis? Se sim, em quais serviços?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Qual(is) serviços de saúde que realizam seguimento ambulatorial de crianças expostas ao HIV? Quantifique.
 |  |
| 1. É realizada profilaxia pós-exposição (PEP), anticoncepção de emergência e/ou outras profilaxias para IST às pessoas expostas ao risco de infecção pelo HIV? Se sim, em qual(is) serviço(s) de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços monitoram a vinculação, a retenção e a adesão ao tratamento das gestantes vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem dificuldades de acesso aos serviços de saúde de grupos socialmente vulneráveis (ex.: população em situação de rua, pessoas que usam drogas, população indígena)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quais as estratégias para ampliar o acesso a grupos socialmente vulneráveis, visando à prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |
| 1. Há distribuição de preservativos masculinos e femininos em:
 | 100% da Atenção Básica? |  |  |  |  |  |
| 100% dos CTA? |  |  |  |  |  |
| 100% dos SAE? |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, no município, faltaram:
 | Antirretrovirais para gestantes? |  |  |  |  |  |
| Antirretrovirais para crianças expostas? |  |  |  |  |  |
| Preservativo masculino? |  |  |  |  |  |
| Preservativo feminino? |  |  |  |  |  |
| Métodos contraceptivos? |  |  |  |  |  |
| **1.5 Informações Estratégicas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existem indicadores definidos para o monitoramento da eliminação da transmissão vertical do HIV no município?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Esses indicadores foram pactuados em CIB?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe registro e análise dos dados relacionados aos indicadores de impacto e processo do Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A notificação de casos está estabelecida na rotina de todos os profissionais dos serviços de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todas as gestantes diagnosticadas com HIV são notificadas, mesmo as que vivem com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A gestão municipal elabora relatórios periódicos (ou boletins epidemiológicos) com base nos registros de casos realizados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe monitoramento dos dados laboratoriais de serviços públicos de saúde e serviços contratados ou conveniados que integram o SUS (ex.: hospital materno-infantil, maternidade)? Se sim, qual a periodicidade de envio de relatórios?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe monitoramento dos dados laboratoriais de serviços privados, que configuram a saúde suplementar? Se sim, qual a periodicidade de envio de relatórios?
 |  |  |  |  |  |

**2. Instrumento de validação para resposta de profissionais da Atenção Básica**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do serviço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Breve descrição da estrutura do local** |
|  |

**2. Instrumento de validação para resposta de profissionais da Atenção Básica**

|  |
| --- |
| **2.1 Informações de Gestão** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe estratégia/protocolo/plano de ação municipal para prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Suas atividades estão relacionadas a essa estratégia, protocolo ou plano de ação municipal? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o Caderno de Atenção Básica nº32 de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT[[3]](#footnote-3) para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, esses documentos fazem parte da sua rotina de trabalho?
 |  |  |  |  |  |
| **2.2 Financiamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltaram materiais/insumos/ medicamentos para a assistência às gestantes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, foi regularizado em quanto tempo? (em dias)
 |  |
| 1. Você teve/tem que comprar materiais/insumos com próprio dinheiro para desenvolver seu trabalho? (Não incluir lanches, presentes, decoração)
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.3 Gestão de Pessoas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Sua unidade possui número adequado de profissionais para as atividades desenvolvidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quantos profissionais atuam no seu local de trabalho? Descrever por categoria profissional.
 |  |
| 1. Qual o número da população adscrita da sua unidade?
 |  |
| 1. Qual o número de pessoas atendidas por mês?
 |  |
| 1. Os profissionais de saúde (incluindo você) foram capacitados sobre temas relacionados à prevenção da transmissão vertical do HIV nos últimos cinco anos?
 |  |  |  |  |  |
| **2.4 Ações e serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você orienta sobre planejamento reprodutivo, incluindo oferta de métodos contraceptivos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta sobre planejamento da concepção para mulheres que vivem com HIV e desejam engravidar?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Como está organizada a agenda de atendimento para gestantes/ crianças no serviço?
 |  |
| 1. Existe população socialmente vulnerável na área de abrangência da unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, quais as principais vulnerabilidades?
 |  |
| 1. Existem ações específicas/ diferenciadas para assistência às pessoas em situação de vulnerabilidade? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quantas consultas de pré-natal, em média, são realizadas por gestante?
 |  |
| 8.É realizada testagem para HIV (teste rápido ou laboratorial) na primeira consulta pré-natal e no terceiro trimestre para todas as gestantes? |  |  |  |  |  |
| 1. Se laboratorial, qual o tempo de entrega do resultado?
 |  |
| 1. Você orienta sobre práticas de sexo seguro, incluindo uso do preservativo, durante a gestação e amamentação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há busca ativa de gestantes com perda de seguimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando a gestante tem resultado reagente para HIV, você sabe para onde encaminhá-la?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta as gestantes sobre a importância do pré-natal, seguimento laboratorial, tratamento adequado com antirretroviral e não amamentação, para prevenir a infecção pelo HIV na criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você incentiva a presença do parceiro nas consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando a gestante tem resultado reagente para HIV na atenção básica, como acontece o encaminhamento para o atendimento especializado?
 |  |
| 1. Quando a gestante é encaminhada para o acompanhamento da infectologia/ serviço especializado, ela continua fazendo o pré-natal na unidade básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quanto tempo demora para agendar consulta no serviço especializado/pré-natal de alto risco?
 |  |
| 1. A puericultura da criança exposta ao HIV é realizada na unidade básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, qual o tempo para realização da primeira consulta?
 |  |
| 1. Há busca ativa para crianças expostas com perda de seguimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta puérpera e parceria sobre importância do tratamento adequado com antirretroviral ao recém-nascido para profilaxia da infecção pelo HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É disponibilizada fórmula láctea infantil para todas as crianças expostas ao HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Faltou fórmula láctea nos últimos 12 meses?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, foi regularizado em quanto tempo? (em dias)
 |  |
| 1. Os profissionais da unidade respeitam o sigilo e a confidencialidade das informações das pessoas atendidas no serviço?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços laboratoriais estão disponíveis e acessíveis para diagnóstico do HIV em gestantes, parcerias sexuais e crianças expostas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os preservativos masculinos e femininos estão disponíveis e acessíveis em sua unidade?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste serviço, faltou:
 | Preservativo masculino? |  |  |  |  |  |
| Preservativo feminino? |  |  |  |  |  |
| Métodos contraceptivos? |  |  |  |  |  |
| Teste rápido de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste laboratorial para diagnóstico de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste de genotipagem do HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| Exame de LT-CD4? |  |  |  |  |  |
| Carga viral-HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| **2.5 Informações estratégicas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. No seu local de trabalho, são coletados dados dos indicadores de processo e de impacto do Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todos os profissionais realizam notificação de casos de HIV/Aids?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todas as gestantes com HIV são notificadas mesmo as que vivem com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O fluxo de notificação de casos está estabelecido na rotina de todos os profissionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Seu local de trabalho recebe relatórios periódicos (ou boletins epidemiológicos) municipal ou estadual com base nos registros realizados?
 |  |  |  |  |  |

**3. Instrumento de validação para resposta de profissionais de Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids ou pré-natal de alto risco**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_** | **Tipo de serviço**❑ Público ❑ Contratado/conveniado ❑ Privado ❑ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Breve descrição da estrutura do local** |
|  |

**3. Instrumento de validação para resposta de profissionais de Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids ou pré-natal de alto risco**

|  |
| --- |
| **3.1 Informações de Gestão** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal para prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. As suas atividades estão relacionadas a essa estratégia, protocolo ou plano de ação? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, esses documentos fazem parte da sua rotina de trabalho?
 |  |  |  |  |  |
| **3.2 Financiamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltaram materiais/insumos/medicamentos para a assistência às gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, foi regularizado em quanto tempo? (em dias)
 |  |
| 1. Você teve/tem que comprar materiais/insumos com próprio dinheiro para desenvolver seu trabalho? (Não incluir lanches, presentes, decoração)
 |  |  |  |  |  |
| **3.3 Gestão de Pessoas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1.Sua unidade possui número adequado de profissionais para as atividades desenvolvidas? |  |  |  |  |  |
| 2.Quantos profissionais atuam no seu local de trabalho? Descrever por categoria profissional. |  |
| 3.Qual o número de pessoas atendidas por mês? |  |
| 4.Qual o número de PVHIV acompanhadas no serviço? |  |
| 5.Os profissionais de saúde (incluindo você) foram capacitados sobre temas relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV nos últimos cinco anos? |  |  |  |  |  |
| **3.4 Ações e serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você orienta sobre planejamento reprodutivo, incluindo oferta de métodos contraceptivos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta sobre planejamento da concepção para mulheres que vivem com HIV e desejam engravidar?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Como está organizada a agenda de atendimento para gestantes/ crianças no serviço?
 |  |
| 1. Existe população socialmente vulnerável atendida no serviço?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, quais as principais vulnerabilidades?
 |  |
| 1. Existem ações específicas/ diferenciadas para assistência às pessoas em situação de vulnerabilidade? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quantas consultas de pré-natal, em média, são realizadas por gestante?
 |  |
| 1. É realizada a genotipagem pré-tratamento para todas as gestantes que irão iniciar TARV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada carga viral-HIV para todas as gestantes? Se sim, qual o tempo de entrega do resultado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É solicitado carga viral-HIV para todas as gestantes com 34 semanas de gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta sobre práticas de sexo seguro, incluindo uso do preservativo, durante a gestação e amamentação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há busca ativa de gestantes com perda de seguimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta as gestantes sobre a importância do pré-natal, seguimento laboratorial, tratamento adequado com antirretroviral e não amamentação, para prevenir a infecção pelo HIV na criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando a gestante é acompanhada pelo serviço especializado, ela continua fazendo o pré-natal na unidade básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Como a gestante é vinculada à maternidade para o parto?
 |  |
| 1. Os serviços laboratoriais para diagnóstico do HIV estão disponíveis e acessíveis para gestantes, parcerias sexuais e crianças expostas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os preservativos masculinos e femininos estão disponíveis e acessíveis em sua unidade?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste serviço, faltou:
 | Preservativo masculino? |  |  |  |  |  |
| Preservativo feminino? |  |  |  |  |  |
| Métodos contraceptivos? |  |  |  |  |  |
| Teste rápido de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste laboratorial para diagnóstico de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste de genotipagem do HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| Exame de LT-CD4? |  |  |  |  |  |
| Carga viral-HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| **3.5 Seguimento da criança exposta/infectada** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Qual o tempo (em dias) para realização da primeira consulta da criança exposta ao HIV?
 |  |
| 1. Há busca ativa de crianças expostas com perda de seguimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizado carga viral-HIV na criança? Em que momento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Qual intervalo de consultas para acompanhamento da criança exposta?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você orienta puérpera e parceria sobre importância do tratamento adequado com antirretroviral ao recém-nascido para profilaxia da infecção pelo HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É disponibilizada fórmula láctea infantil para todas as crianças expostas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Faltou fórmula láctea nos últimos 12 meses? Se sim, foi regularizado em quanto tempo? (em dias)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os profissionais da unidade respeitam o sigilo e confidencialidade das informações das pessoas atendidas no serviço?
 |  |  |  |  |  |
| **3.6 Informações Estratégicas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. No seu local de trabalho, são coletados dados com base nos indicadores de processo e de impacto do Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todos os profissionais realizam notificação de casos de HIV/aids?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todas as gestantes com HIV são notificadas mesmo as que vivem com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O fluxo de notificação de casos está estabelecido na rotina de todos os profissionais?
 |  |  |  |  |  |
| 5.Seu local de trabalho recebe relatórios periódicos (ou boletins epidemiológicos) municipal ou estadual com base nos registros realizados? |  |  |  |  |  |

**4. Instrumento de validação para resposta de profissionais de maternidade** **ou serviço que realiza parto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_** | **Tipo de serviço**❑ Público ❑ Contratado/conveniado ❑ Privado ❑ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Breve descrição da estrutura do local** |
|  |

**4. Instrumento de validação para resposta de profissionais de maternidades** **ou serviço que realiza parto**

|  |
| --- |
| **4.1 Informações de Gestão** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal para prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Suas atividades estão relacionadas a essa estratégia, protocolo ou plano de ação? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece o PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes do Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, esses documentos fazem parte da sua rotina de trabalho?
 |  |  |  |  |  |
| **4.2 Financiamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltaram materiais/insumos/medicamentos para assistência às gestantes e crianças
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, foi regularizado em quanto tempo? (em dias)
 |  |
| 1. Você teve/tem que comprar materiais/insumos com próprio dinheiro para desenvolver seu trabalho? (Não incluir lanches, presentes, decoração)
 |  |  |  |  |  |
| **4.3 Gestão de Pessoas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Sua unidade possui número adequado de profissionais para as atividades desenvolvidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quantos profissionais atuam no seu local de trabalho? Descrever por categoria profissional.
 |  |
| 1. Qual o número de pessoas atendidas por mês no serviço?
 |  |
| 1. Qual o número de PVHIV acompanhadas no serviço?
 |  |
| 1. Os profissionais de saúde (incluindo você) foram capacitados sobre temas relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV nos últimos cinco anos?
 |  |  |  |  |  |
| **4.4 Ações e serviços de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você orienta sobre planejamento reprodutivo, incluindo oferta de métodos contraceptivos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Como está organizada a agenda de atendimento para parturiente/ crianças no serviço?
 |  |
| 1. Como a gestante é vinculada à maternidade para o parto?
 |  |
| 1. É agendado o parto eletivo para gestantes que vivem com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe população socialmente vulnerável atendida no serviço?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quais as principais vulnerabilidades?
 |  |
| 1. Existem ações específicas/ diferenciadas para assistência às pessoas em situação de vulnerabilidade? Se sim, quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada testagem para HIV (teste rápido ou laboratorial) na admissão para o parto para todas as parturientes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se laboratorial, qual o tempo de entrega do resultado? (em dias)
 |  |
| 1. É realizada a carga viral-HIV para as gestantes, quando necessário?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, qual o tempo de entrega do resultado?
 |  |
| 1. É realizada a profilaxia no momento do parto para mulheres vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada a profilaxia no pós-parto imediato para as crianças expostas ao HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada a inibição farmacológica da amamentação em mulheres vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada orientação à puérpera vivendo com HIV sobre a importância da não amamentação para prevenir a infecção da criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada orientação às puérperas sobre a importância do uso de preservativo durante a amamentação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços laboratoriais para diagnóstico do HIV estão disponíveis e acessíveis para gestantes, parcerias sexuais e crianças expostas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Estão disponíveis na maternidade os ARV para profilaxia da parturiente e criança exposta?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se não, qual o fluxo de acesso aos ARV para profilaxia?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste serviço, faltou:
 | Teste rápido de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste laboratorial para diagnóstico de HIV? |  |  |  |  |  |
| Teste de genotipagem do HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| Exame de LT-CD4? |  |  |  |  |  |
| Carga viral-HIV para gestantes e crianças? |  |  |  |  |  |
| **4.5 Seguimento da criança exposta/infectada** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1.É realizado carga viral-HIV na criança? Em que momento? |  |  |  |  |  |
| 2.Você orienta puérpera e parceria sobre importância do tratamento adequado com antirretroviral ao recém-nascido para profilaxia da infecção pelo HIV? |  |  |  |  |  |
| 3.É disponibilizada fórmula láctea infantil para todas as crianças expostas? |  |  |  |  |  |
| 4.Faltou fórmula láctea nos últimos 12 meses? Se sim, foi regularizado em quanto tempo? |  |  |  |  |  |
| 6.Os profissionais da unidade respeitam o sigilo e confidencialidade das informações das pessoas atendidas no serviço? |  |  |  |  |  |
| 7.As ações para a assistência ao parto estão em conformidade com as diretrizes de parto humanizado? |  |  |  |  |  |
| **4.6 Informações estratégicas** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. No seu local de trabalho, são coletados dados com base nos indicadores de processo e de impacto do Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todos os profissionais realizam a notificação dos casos de HIV/aids?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Todas as gestantes com HIV são notificadas, mesmo as que vivem com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O fluxo de notificação está estabelecido na rotina de todos os profissionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Seu local de trabalho recebe relatórios periódicos (ou boletins epidemiológicos) municipal ou estadual com base nos registros realizados?
 |  |  |  |  |  |

**5. Instrumento de validação para resposta de gestante/puérpera** **que não vive com HIV**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data**: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | **Nome do Serviço**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Endereço**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nome do entrevistador:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas**  | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você começou o pré-natal nos primeiros meses de gestação? Com quantas semanas/meses?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de marcar as consultas de rotina do pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Teve quantas consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de ser atendida fora do agendamento no serviço onde faz/fez o pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância das consultas do pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Faltou a alguma consulta de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, o serviço entrou em contato para remarcar? Como?
 |  |
| 1. Você convidou o parceiro para participar das consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os profissionais do serviço incentivam/ram a presença do parceiro nas consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fez os testes de HIV no pré-natal? Em qual(is) momento(s) da gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade para realizar esses testes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi feito teste rápido de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, foi realizado no momento da consulta?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fez teste laboratorial de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, em quanto tempo saiu o resultado?
 |  |
| 1. Foi orientada sobre o serviço que deveria procurar em caso de urgência/emergência durante a gestação/puerpério?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Precisou ser atendida durante a gravidez em pronto-atendimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, tem/teve dificuldade de acesso ao pronto-atendimento durante a gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada durante o pré-natal quanto à importância de conhecer a maternidade onde aconteceu/acontecerá o parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi encaminhada pelo serviço para conhecer a maternidade onde aconteceu/acontecerá o parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada durante o pré-natal a levar sua caderneta da gestante para a maternidade no momento do parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à prevenção das IST?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto ao uso de preservativo masculino ou feminino durante a gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto ao uso de preservativo masculino ou feminino durante a amamentação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância da amamentação para a criança e a mãe?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância das vacinas para a criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto aos cuidados ao recém-nascido?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto aos métodos anticoncepcionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Esses métodos estão disponíveis na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando precisou, teve acesso a esses métodos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem preservativo masculino disponível na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem preservativo feminino disponível na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você se segura quanto ao sigilo das suas informações?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você sabe onde denunciar quando seus direitos à saúde não são garantidos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O direito ao nome social está sendo respeitado, conforme a Portaria vigente?
 |  |  |  |  |  |

**6. Instrumento de validação para resposta de gestante/puérpera vivendo com HIV**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | **Nome do Serviço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nome do entrevistador:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você começou o pré-natal nos primeiros meses de gestação? Com quantas semanas/meses)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de marcar as consultas de pré-natal no serviço especializado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você continua fazendo o pré-natal também na unidade da Atenção Básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, tem/teve dificuldade de marcar as consultas de pré-natal na Atenção Básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Teve quantas consultas de pré-natal no serviço especializado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de ser atendida fora do agendamento no serviço especializado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de ser atendida fora do agendamento na Atenção Básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância das consultas do pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Faltou a alguma consulta de pré-natal no serviço especializado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, o serviço entrou em contato para remarcar? Como?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Faltou a alguma consulta de pré-natal na Atenção Básica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, o serviço entrou em contato para remarcar? Como?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Precisou ser atendida durante a gravidez em pronto-atendimento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada sobre o serviço que deveria procurar em caso de urgência/emergência durante o período de gestação/puerpério?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem/teve dificuldade de acesso ao pronto-atendimento durante o período de gestação/puerpério?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Convidou o parceiro para participar das consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os profissionais do serviço incentivam/ram a presença do parceiro nas consultas de pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando você recebeu o diagnóstico de HIV?
 |  |
| 1. O diagnóstico foi realizado com teste rápido no momento da consulta?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O diagnóstico foi feito com teste laboratorial?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, qual o tempo para o agendamento da coleta da segunda amostra para realização do teste complementar?
 |  |
| 1. Foi orientada sobre encaminhamento após o diagnóstico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Qual foi o tempo para o agendamento da consulta no serviço especializado após o diagnóstico?
 |  |
| 1. Fez carga viral do HIV no pré-natal? Em qual(is) momento(s) da gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, tem/teve dificuldade para realizar carga viral? Em quanto saiu o resultado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fez exame LT-CD4 no pré-natal? Em qual(is) momento(s) da gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, tem/teve dificuldade para realizar exame LT-CD4? Em quanto saiu o resultado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os medicamentos antirretrovirais foram disponibilizados durante a gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi realizada a medicação antirretroviral no momento do parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada durante o pré-natal quanto à importância de conhecer a maternidade onde aconteceu/acontecerá o parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi encaminhada pelo serviço para conhecer a maternidade onde aconteceu/acontecerá o parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada a levar sua caderneta da gestante para a maternidade no momento do parto?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância das consultas do pré-natal?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto ao uso do medicamento antirretroviral (xarope) para criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Saiu da maternidade com esse medicamento para a criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à não amamentação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Recebeu as latas de leite artificial para a criança? Para quanto tempo?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A criança fez o exame de carga viral do HIV? Quantos? Qual o tempo para o resultado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto ao uso de preservativo masculino ou feminino durante a gestação?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem preservativo masculino disponível na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tem preservativo feminino disponível na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto à importância das vacinas para a criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto aos cuidados ao recém-nascido?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Foi orientada quanto aos métodos anticoncepcionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Esses métodos estão disponíveis na unidade de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Quando precisou, teve acesso a esses métodos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você sabe onde denunciar quando seus direitos à saúde não são garantidos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você se sente segura quanto ao sigilo das suas informações?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O direito ao nome social está sendo respeitado, conforme a Portaria?
 |  |  |  |  |  |

**Capítulo 2**

**Avaliação da**

**Vigilância Epidemiológica**

Este capítulo contempla os instrumentos de validação para verificar os itens, que compõem o escopo da vigilância epidemiológica de serviços que prestam assistência às gestantes diagnosticadas com HIV e às crianças expostas, além de aspectos relativos à gestão municipal.

 Nesse tema, os instrumentos para resposta são direcionados para:

1) Gestão Municipal de Saúde

2) Serviços da Saúde

 As informações solicitadas abordam questões relacionadas aos processos de coleta de dados, monitoramento e avaliação, cobertura de tratamento, acompanhamento de crianças expostas e notificação de casos realizados pelos serviços de saúde.

 O instrumento 2, correspondente ao serviço de saúde, deve ser aplicado em duas unidades que realizam um ou mais das seguintes ações: assistência pré-natal, parto e puerpério à mulher com HIV; assistência à criança exposta ao HIV e à criança diagnosticada com HIV. Vale salientar que para a etapa do preencimento do item 2.2. (verificação dos casos notificados nos serviços de saúde) deve-se realizar o seguinte:

* Selecionar no Sinan municipal uma amostra de no mínimo três casos notificados (gestante HIV E/OU criança exposta E/OU HIV/aids em menores de 13 anos), nos últimos três anos, do serviço de saúde que será avaliado;
* Revisar o prontuário/registro dos três casos no serviço de saúde avaliado, utilizando o item específico (gestante HIV E/OU criança exposta E/OU HIV/aids em menores de 13 anos) de verificação de casos notificados;
* Comparar os casos notificados na Secretaria Municipal de Saúde com os registros dos prontuários para checar consistência;
* Verificar completitude dos dados notificados;
* Verificar oportunidade da notificação: se o caso foi notificado oportunamente.

 É fundamental que os serviços selecionados para verificação sejam comunicados por meios oficiais para que possam realizar antecipadamente os procedimentos necessários, como exemplo, a separação dos registros/prontuários dos casos, que serão avaliados por membros da Equipe Nacional de Validação na ocasião da visita *in loco*.

1. **Instrumento de validação para resposta da Gestão Municipal de Saúde**

|  |
| --- |
| **Data:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

Coordenadores/técnicos responsáveis pela vigilância epidemiológica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações:  |

1. **Instrumento de validação para resposta da Gestão Municipal de Saúde**

|  |
| --- |
| **1.1.Mecanismos e processos de coleta de dados** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Todos os serviços de saúde do município notificam os casos de gestante HIV, criança exposta e HIV/aids em menores de 13 anos?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Existe fluxo para encaminhamento das notificações?
 |   |   |  |   |   |
| 1. As notificações recebidas de casos de gestante HIV, criança exposta e HIV/aids em menores de 13 anos atendem as definições de casos das diretrizes nacionais?
 |   |   |  |   |   |
| 1. É feita a checagem da ficha de notificação antes da transferência dos dados ao sistema de informação (Sinan)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. A digitação das fichas de notificação (gestante HIV, criança exposta e HIV/aids em menores de 13 anos) é realizada semanalmente?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Se não, descreva qual periodicidade?
 |  |
| 1. Há uma rotina de análise de dados para verificação de duplicidade e outros erros?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Há mecanismos para resolver casos de notificações com informações atrasadas, incompletas, imprecisas ou ausentes (inclusão/exclusão, correção, acompanhamento etc.)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Há mecanismos para devolutiva ao serviço, que realizou notificação inadequada (atrasada, incompleta, imprecisa ou ausente)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Há divulgação das análises de dados notificados para os serviços de saúde?
 |   |   |  |   |   |
| 1. A equipe foi capacitada acerca de processos, fluxos e ferramentas de gerenciamento de dados (desde o preenchimento da ficha até análise dos dados)?
 |   |   |  |   |  |
| 1. Os dados municipais incluem informações de todos os serviços da saúde: público/privado?
 |   |   |  |   |  |
| 1. Há rotina para receber relatórios de exames de HIV reagentes de laboratórios públicos e privados?
 |   |   |  |   |  |
| 1. Se sim, descrever como e qual periodicidade.
 |   |

|  |
| --- |
| **1.2 Monitoramento e avaliação**  |
| 1. Há mecanismo sistemático de monitoramento e avaliação (M&A)?
 |  ( ) sim ( ) não |
| 1. O que pode ser feito para auxiliar no aprimoramento da rotina de M&A?
 |  |

|  |
| --- |
| **1.3 Avaliação do relatório de cobertura de tratamento**  |
|  | **Ano** | **Ano** |
| 1. Número de profilaxias distribuídas para parturiente (Siclom)
 |   |   |
| 1. Número de profilaxias distribuídas para recém-nascido (Siclom)
 |   |   |
| 1. Número de medicamentos (TARV) distribuídos para gestante (Siclom)
 |  |  |
| 1. Número de gestantes HIV notificadas com nascido vivo como evolução da gravidez (Sinan)
 |   |   |
| 1. Número de notificação de crianças expostas (Sinan)
 |   |   |
| * Espera-se que o número de gestante seja igual, aproximado ou um pouco inferior ao número de distribuição de medicamento para profilaxia do recém-nascido.
* Espera-se que o número de notificação de criança exposta seja igual, aproximado ou um pouco superior ao número de gestante HIV com nascido vivo como evolução de gravidez.

  |
|
| Observações*:*  |
|
|

|  |
| --- |
| **1.4 Distribuição de crianças expostas notificadas no município** |
|  | **\*Ano: \_\_\_\_\_\_\_****[Coorte de nascimento]** | **\*Ano: \_\_\_\_\_ [Coorte de nascimento]** | **Fonte de dados** |
| 1.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ ("crianças expostas ao HIV")  |  |  |  |
| 2.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ que recebem diagnóstico POSITIVO ao HIV\*\* |  |  |  |
| 3.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ que recebem diagnóstico NEGATIVO ao HIV |  |  |  |
| 4.Número total de crianças nascidas de mães HIV+, classificadas como INDETERMINADO\*\*\* |  |  |  |
| Observações: |

\*Sugere-se que o ano escolhido para análise seja dois dos três últimos anos. A coleta dos dados deve ser em relação ao ano do nascimento da criança e não o ano da notificação do caso OU o ano de diagnóstico/encerramento do caso.

\*\* Considerar como criança infectada pelo HIV aquela que tiver pelo menos dois exames de CV-HIV consecutivos,feitos entre 1 e 24 meses depois do nascimento, cujo resultado seja superior a 5.000 cópias/mL; ou sorologia para HIVreagente e DNA pró-viral detectável.

\*\*\* Considerar indeterminados aqueles sem uma condição final de avaliação do HIV; todos que perderam acompanhamento, casos de óbito antes do diagnóstico definitivo, resultados laboratoriais indeterminados.

|  |
| --- |
| **1.5 Coleta dos dados dos indicadores e metas de impacto** |
| **Indicadores de impacto\*** | **Metas de impacto** | **Construção** | **Ano:**  | **Ano:**  | **Ano:**  |
| **N.** | **Resultado** | **N.** | **Resultado** | **N.** | **Resultado** |
| Taxa deIncidência\*\* denovas infecçõesde HIV em criança,por ano denascimento | ≤0,3 nos últimos3 anos | **Numerador:** Número total de novas infecções por HIV em crianças, por ano de nascimento |   |   |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número de nascidos vivos no ano de nascimento |   |   |   |
| Proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV, acompanhadas na rede laboratorial do SUS | ≤2% nos últimos3 anos | **Numerador:** Número de crianças infectadas pelo HIV\*\*\*, acompanhadas na rede laboratorial do SUS, por ano de nascimento |   |   |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número de crianças expostas ao HIV, acompanhadas na rede laboratorial do SUS, por ano de nascimento  |   |   |   |

\* Mais informações sobre cálculo dos indicadores constam no Guia da Certificação.

\*\* A taxa de incidência será calculada pelo ano de nascimento da criança, independente da data do diagnóstico.

\*\*\* Considerar como criança infectada pelo HIV aquela que tiver pelo menos dois exames de CV-HIV consecutivos,feitos entre 1 e 24 meses depois do nascimento, cujo resultado seja superior a 5.000 cópias/mL; ou sorologia para HIVreagente e DNA pró-viral detectável.

|  |
| --- |
| **1.6 Coleta dos dados dos indicadores e metas de processo** |
| **Indicadores de processo\***  | **Metas de processo** | **Construção** | **Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **N.** | **Resultado** | **N.** | **Resultado** |
| Coberturamínima de 4consultas nopré-natal | ≥95% nos últimos2 anos | **Numerador:** Número de nascidos vivos de mulheres residentes, com quatro ou mais consultas de pré-natal no período |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número total de nascidos vivos de mulheres residentes no período |   |   |
| Cobertura degestantescom pelomenos 1testagempara HIV nopré-natal | ≥95% nos últimos2 anos  | **Numerador:** Número de gestantes que realizaram testagem de HIV durante o pré-natal no ano, por local de residência |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número total de gestantes que realizaram pré-natal no ano, por local de residência |   |   |
| Cobertura degestantesinfectadascom HIVem usode terapiaantirretroviral | ≥95% nos últimos2 anos | **Numerador:** Número de gestantes HIV+ em TARV durante o pré-natal, por ano |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número de gestantes infectadas pelo HIV no ano |   |   |
| Coberturade criançasexpostas aoHIV em usode profilaxiaARV | ≥95% nos últimos2 anos | **Numerador:** Número de crianças expostas ao HIV que receberam profilaxia ARV, por ano do nascimento |   |   |   |   |
| **Denominador:** Número total de gestantes\* HIV+, por ano do parto |   |   |

\* Pode ser utilizado também o “número de crianças expostas” como denominador.

Observações:

 **2.Instrumento de validação para resposta de profissionais do serviço de saúde**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do serviço: Endereço:  |  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Tipo de serviço** |
| ❑ Unidade da Atenção Básica❑ Serviço especializado❑ Hospital❑ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ Público ❑ Contratado/conveniado ❑ Privado ❑ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Serviços prestados pelo local (assinale todas as opções que se aplicam):**❑ Assistência pré-natal ❑ Assistência ao parto e pós-parto ❑ Testagem de HIV ❑Terapia antirretroviral ❑Assistência a crianças expostas ao HIV ❑Assistência a crianças diagnosticadas com HIV  |

Profissionais do serviço de saúde

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

**2.Instrumento de validação para resposta de profissionais do serviço de saúde**

|  |
| --- |
| **2.1. Mecanismos e processos de coleta de dados** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. No serviço, tem as fichas de notificação/investigação (gestante HIV, criança exposta e HIV/aids em menores de 13 anos)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Todos profissionais conhecem as definições de casos (gestante HIV, criança exposta e HIV/aids em menores de 13 anos) das diretrizes nacionais?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Todos os técnicos notificam os casos?
 |  |   |  |   |   |
| 1. Todas as gestantes HIV, crianças expostas e HIV/aids em menores de 13 anos são notificadas à Secretaria de Municipal de Saúde?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Se sim, descrever em qual momento esses casos são notificados?
 |   |
| 1. Os registros de pacientes são confidenciais de acordo com as diretrizes nacionais?
 |   |   |  |   |   |
| 1. É realizada a checagem da ficha de notificação antes de ser enviada à instância superior e/ou ser transferidas para o sistema de informação?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Existe algum mecanismo para verificação de duplicidade do caso notificado?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Existe mecanismo que garanta que os casos notificados sejam acompanhados até seu encerramento?
 |   |   |  |   |   |
| 1. A unidade digita a ficha no sistema de informação (Sinan)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Se sim, há mecanismos para resolver as notificações incompletas, imprecisas ou ausentes?
 |   |   |  |   |   |
| 1. A equipe foi capacitada sobre os fluxos definidos (desde o preenchimento da ficha até informações produzidas pelos dados)?
 |   |   |  |   |   |
| 1. Há um sistema de controle para assegurar que a mulher com diagnóstico reagente para HIV não fique sem tratamento ou receba tratamento tardio [ou seja, um sistema que emita avisos sobre prazos e compromissos críticos]
 |   |   |  |   |   |
| 1. Existe mecanismo de controle dos resultados laboratoriais (que garanta que todos os testes reagentes ou testes não reagentes de conclusão de caso seja acompanhado)
 |   |   |  |   |   |

|  |
| --- |
| **2.2. Verificação de casos notificados no serviço de saúde** |
| **2.2.1 Verificação de casos notificados (GESTANTE HIV) no serviço de saúde** |
| **N° fichas analisadas:** |
| **Tipo de dados** | **Consistente com prontuário/registro?** | **Preenchimento dos dados? (completitude)** |
| Notificação individual e dados residência | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: |  Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: |
|
|
|
| Complementares do caso (ant. epid. Mãe/HIV) | Sim ( ) não ( ) parcial ( ) observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: |
|
|
|
| Pré-Natal | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: |
|
|
|
| Parto | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) observações: |
|
|
|

|  |
| --- |
| **2.2.2 Verificação de casos notificados (CRIANÇA EXPOSTA) no serviço de saúde** |
| **N° fichas analisadas:** |
| **Tipo de dados** | **Consistente com prontuário/registro?** | **Preenchimento dos dados? (completitude)** |
| Notificação individual e dados residência | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: |
|
|
|
| Ant. Epid. da mãe/nutriz |  Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: |
|
|
|
| Investigação da criança exposta ao HIV | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: |
|
|
|
| Evolução do caso | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações: |
|
|
|

|  |
| --- |
| **2.2.3 Verificação de casos notificados (HIV/aids menores 13 anos) no serviço de saúde** |
| **N° fichas analisadas:** |
| **Tipo de dados** | **Consistente com prontuário/registro?** | **Preenchimento dos dados? (completitude)** |
| Notificação individual e dados residência | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  |
|
|
|
| Ant. Epid. da mãe | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  |
|
|
|
| Ant. Epid. do caso HIV/aids menores de 13 anos | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  |
|
|
|
| Laboratoriais | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  |
|
|
|
| Critério de definição de caso/Tratamento/ Evolução | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  | Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Observações:  |
|
|
|

|  |
| --- |
| **2.3. Distribuição de crianças expostas acompanhadas na unidade** |
|  | **\*Ano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_****[Coorte de nascimento]** | **\*Ano:\_\_\_\_\_\_ [Coorte de nascimento]** | **Fonte de dados** |
| 1.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ ("crianças expostas ao HIV")  |  |  |  |
| 2.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ que recebem diagnóstico POSITIVO ao HIV\*\* |  |  |  |
| 3.Número total de crianças nascidas de mães HIV+ que recebem diagnóstico NEGATIVO ao HIV |  |  |  |
| 4.Número total de crianças nascidas de mães HIV+, classificadas como INDETERMINADO\*\*\* |  |  |  |
| Comentários: |

\*Sugere-se que o ano escolhido para análise seja dois dos três últimos anos. A coleta dos dados deve ser em relação ao ano do nascimento da criança e não o ano da notificação do caso OU o ano de diagnóstico/encerramento do caso.

\*\* Considerar como criança infectada pelo HIV aquela que tiver pelo menos dois exames de CV-HIV consecutivos,feitos entre 1 e 24 meses depois do nascimento, cujo resultado seja superior a 5.000 cópias/mL; ou sorologia para HIVreagente e DNA pró-viral detectável.

\*\*\* Considerar indeterminados aqueles sem uma condição final de avaliação do HIV; todos que perderam acompanhamento, casos de óbito antes do diagnóstico definitivo, resultados laboratoriais indeterminados.

**Capítulo 3**

**Avaliação de**

**Laboratórios e Serviços**

 Este capítulo contempla os instrumentos de validação sobre as ferramentas de diagnóstico utilizadas no sistema laboratorial e serviços de saúde. Os principais objetivos são: a) verificar a existência de uma rede de serviço adequada para diagnóstico e monitoramento das gestantes e recém-nascidos, visando alcançar e manter a eliminação da transmissão vertical do HIV; b) assegurar que os resultados gerados pela rede de serviço sejam precisos e confiáveis.

Foram elaborados três instrumentos de validação, direcionados para:

1. Programas municipais de IST/HIV/Aids;
2. Laboratórios;
3. Serviços de saúde que realizam teste rápido (TR) para HIV em gestantes.

Os instrumentos deverão ser respondidos pela **coordenação do programa municipal de IST/HIV/Aids**, por pelo menos **um laboratório** e pelo **menos um serviço de saúde que realiza testagem rápida para HIV em gestantes.**

A visita local ocorrerá por membros da Equipe Nacional de Validação (ENV), que será composta por especialistas da área de laboratório. A ENV observará e avaliará os componentes laboratoriais críticos para a eliminação da transmissão vertical do HIV, os procedimentos observados e descritos no relatório do município, sintetizando as informações em um relatório final.

 Os membros da equipe visitarão os laboratórios e serviços locais selecionados. Além desses instrumentos, cada membro da equipe receberá os planos laboratoriais locais, POP para exames de HIV, relatórios de avaliações laboratoriais recentes e documentos pertinentes sobre a organização e funcionamento da rede de serviço local.

 Essa proposta baseia-se nas orientações para auditorias laboratoriais da Organização Mundial da Saúde (OMS); melhoria e acreditação da qualidade laboratorial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e normas da Organização Internacional para Padronização (ISO) 15189.

**Avaliação laboratorial e suas áreas de foco**

A infecção pelo HIV pode cursar longos períodos assintomáticos ou apresentar sintomas discretos, tornando fundamental o município dispor de programas de investigação laboratorial eficientes em todos os níveis do sistema de saúde.

A execução dos testes diagnósticos deve satisfazer padrões estabelecidos de controle de qualidade (CQ) e gestão da qualidade (GQ). Os testes iniciais e complementares para o diagnóstico da infecção pelo HIV exigem uma infraestrutura específica, bem como ações para garantir a qualidade dos testes realizados. A manutenção da estrutura laboratorial é um desafio em regiões com recursos limitados ou de difícil acesso.

O serviço laboratorial deficiente não gera dados confiáveis para fins de vigilância e diagnóstico, afetando diretamente o acesso ao tratamento, controle da infecção pelo HIV e eliminação da transmissão vertical. A avaliação é importante para garantir a qualidade dos dados gerados pela rede de serviços.

Em locais com infraestruturas laboratoriais limitadas, a abordagem diagnóstica inicial pode ser realizada com o uso de TR, exame de execução simples, que pode ser executado por diferentes profissionais de saúde, quando devidamente capacitados.

A avaliação laboratorial para eliminação da transmissão vertical do HIV não é uma auditoria laboratorial completa, mas é uma avaliação dos componentes laboratoriais críticos.

 A avaliação foca nas quatro áreas a seguir:

1. **Gestão da qualidade laboratorial:** é a avaliação da organização geral e do funcionamento do programa laboratorial contra HIV. Em harmonia com as orientações laboratoriais da OMS, propõe-se avaliar a coordenação, a gestão e a supervisão da rede laboratorial para eliminação da transmissão vertical do HIV. Ela também avalia a prestação de serviços, incluindo sua organização (papéis e responsabilidades) e CQ para exames de HIV entre gestantes e recém-nascidos. Outro aspecto avaliado é a gestão da cadeia de suprimentos, incluindo a disponibilidade de materiais de exame de HIV durante a gravidez, parto e pós-parto.
2. **Qualidade dos componentes de diagnóstico:** Os municípios devem ser capazes de demonstrar que o componente de diagnóstico selecionado tem desempenho aceitável e características operacionais especificadas por organizações nacionais e internacionais como a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global) ou por outros meios. Essa avaliação inclui verificar a existência e a aplicação de algoritmos apropriados para a testagem da infecção pelo HIV, os testes pré-natais e a escolha de exames apropriados para os cenários clínicos do município.
3. **Qualidade dos testes:** é a avaliação da competência da equipe em geral, incluindo o licenciamento profissional e proficiência da equipe na realização dos exames selecionados.
4. **Gerenciamento de dados laboratoriais:** é a avaliação da gestão de informações laboratoriais, especificamente focada em um sistema de informações funcional para a eliminação da transmissão vertical do HIV.

1. **Instrumento de validação para resposta da coordenação do programa municipal de HIV/Aids**

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

**Coordenadores responsáveis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail:** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

**1. Instrumento de validação para resposta da coordenação do programa municipal de HIV/Aids**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Há um plano padronizado para aquisição e distribuição de exames de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços possuem acesso suficiente e garantido aos insumos para exames de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O termo de referência para aquisição dos componentes de diagnóstico e equipamentos contempla requisitos mínimos de qualidade (por exemplo, sensibilidade e especificidade dos testes)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há um plano de distribuição, permitindo que reagentes alcancem todos os locais de exame?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O plano considera necessidades emergenciais e imprevistos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltou teste rápido de HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltou teste laboratorial para diagnóstico de HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltou teste de genotipagem do HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltou exame de LT-CD4 para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, faltou teste de carga viral-HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A rede de serviço de testagem, incluindo pontos de coleta de amostras, atende à demanda local?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os algoritmos para o diagnóstico da infecção pelo HIV estão de acordo com os padrões nacionais e/ou internacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A coordenação possui acesso aos dados da rede privada? Se sim, qual a representatividade desses dados em percentual?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O sistema de registro permite cruzar os resultados de exames de HIV da mãe com os resultados da criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um mecanismo de informação de casos reagentes de HIV pelos serviços? Se sim, como é realizado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É realizada busca ativa dos pacientes? Se sim, por quem?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Qual o tempo médio (em dias) para emitir o resultado da testagem para HIV de gestantes e recém-nascidos?
 |  |
| 1. Qual o tempo médio (em dias) para emitir o resultado da CV de gestantes diagnosticadas com HIV e recém-nascidos expostos ao HIV?
 |  |
| 1. Qual o tempo médio (em dias) para emitir o resultado do CD4 de gestantes e recém-nascidos diagnosticados com HIV?
 |  |
| 1. Qual o tempo médio (em dias) para emitir o resultado da genotipagem de gestantes e recém-nascidos diagnosticados com HIV?
 |  |

1. **Instrumento de validação para resposta do laboratório**

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

**2. Instrumento de validação para resposta do laboratório**

|  |
| --- |
| **2.1 Gestão da qualidade laboratorial** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. O laboratório está registrado, licenciado ou acreditado nacionalmente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório está registrado, licenciado ou acreditado internacionalmente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os algoritmos para o diagnóstico da infecção pelo HIV estão de acordo com os padrões nacionais e/ou internacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os POP para os exames de HIV estão de acordo com os padrões nacionais e internacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. São registrados a (o):
 | Utilização e a manutenção dos equipamentos? |  |  |  |  |  |
| Entrada de amostras e liberação de resultados de exames? |  |  |  |  |  |
| Uso dos insumos e reagentes? |  |  |  |  |  |
| Erros relacionados aos exames e as ações de correção? |  |  |  |  |  |
| 1. Há comunicação com os gestores locais no que diz respeito a equipe, instalações e necessidades operacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um protocolo para o manuseio e o descarte de material potencialmente infeccioso?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um protocolo para casos de exposição acidental potencialmente infeccioso?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A qualificação, formação contínua e avaliação periódica do desempenho da equipe laboratorial estão regulamentadas internamente?
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.2 Qualidade dos componentes de diagnóstico** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Há um plano padronizado para aquisição de exames de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório possui acesso suficiente e garantido aos insumos para exames de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe uma política de gerenciamento da validade dos insumos? ("primeiro a vencer, primeiro a sair").
 |  |  |  |  |  |
| 1. O termo de referência para aquisição dos componentes de diagnóstico e equipamentos contempla requisitos mínimos de qualidade (por exemplo, sensibilidade e especificidade dos testes)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A aquisição dos exames considera as necessidades emergenciais e imprevistos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório dispõe de meios para avaliar a qualidade dos kits, reagentes e insumos? Quais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste laboratório, faltou teste para diagnóstico de HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste laboratório, faltou teste de CD4 para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste laboratório, faltou teste para monitoramento de carga viral do HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um protocolo para a avaliação de lotes ao receber ensaios de diagnóstico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um protocolo para o armazenamento e descarte de exames?
 |  |  |  |  |  |
| **2.3 Qualidade dos testes** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe uma política de capacitação para os profissionais que executam os testes? Se sim, qual a periodicidade do treinamento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os equipamentos e produtos consumíveis que afetam a qualidade dos testes estão validados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório possui instrumentos para monitorar e aprimorar seus serviços?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório entrega em tempo oportuno o resultado do diagnóstico de HIV em gestantes e crianças (<1 semana)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório executa avaliação externa de qualidade (AEQ) dos testes do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Com base nos resultados da AEQ, é realizado ação corretiva quando necessário?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A metodologia utiliza neste laboratório possui controles internos e externos? Caso sim, como são monitorados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O laboratório possui um programa de avaliação interna da qualidade? Indicar como são monitorados.
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.4 Gerenciamento de dados laboratoriais** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe um sistema de dados informatizado? Se não, como é realizado o registro de dados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O sistema vigente é utilizado na entrada das amostras e na liberação dos resultados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No seu laboratório, existe um método que possibilite a rastreabilidade das amostras?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No seu laboratório, existe um método que possibilite a rastreabilidade dos dados dos insumos utilizados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem mecanismos para assegurar a confidencialidade das informações laboratoriais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. São utilizados identificadores únicos para informações do paciente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os registros são arquivados e os resultados são facilmente recuperáveis em tempo hábil?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O sistema de registro permite cruzar os resultados de exames de HIV da mãe com os resultados da criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um mecanismo de informação de casos reagentes de HIV à vigilância local? Se sim, como é realizado?
 |  |  |  |  |  |

1. **Instrumento de validação para resposta do serviço que realiza TR para HIV em gestantes**

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

**3. Instrumento de validação para resposta do serviço que realiza TR para HIV em gestantes**

|  |
| --- |
| **3.1 Gestão da qualidade laboratorial** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. A unidade está registrada, licenciada ou acreditada nacionalmente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade está registrada, licenciada ou acreditada internacionalmente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os algoritmos para o diagnóstico da infecção pelo HIV estão de acordo com os padrões nacionais e/ou internacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os POP para os exames de HIV estão de acordo com os padrões nacionais e internacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há comunicação com os gestores locais no que diz respeito a equipe, instalações e necessidades operacionais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe protocolo para manuseio e o descarte de material potencialmente infeccioso?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe protocolo para casos de exposição acidental potencialmente infeccioso?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A qualificação, formação contínua e avaliação periódica do desempenho da equipe laboratorial estão regulamentadas internamente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade realiza o registro de:
 | Utilização e manutenções dos equipamentos  |  |  |  |  |  |
| Entrada das amostras e a liberação dos resultados  |  |  |  |  |  |
| Uso dos insumos e reagentes |  |  |  |  |  |
| Erros relacionados aos exames e as ações de correção |  |  |  |  |  |
| **3.2 - Qualidade dos testes** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. A unidade possui acesso suficiente e garantido aos insumos para exames de HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe uma política de gerenciamento da validade dos insumos? ("primeiro a vencer, primeiro a sair").
 |  |  |  |  |  |
| 1. A solicitação dos testes considera as necessidades emergenciais e imprevistos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos últimos 12 meses, neste serviço, faltou teste rápido de HIV para gestantes e crianças?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade dispõe de meios para avaliar a qualidade dos kits, reagentes e insumos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um protocolo para o armazenamento e descarte de testes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe uma política de capacitação para os profissionais que executam os testes? Se sim, qual a periodicidade do treinamento?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os equipamentos e produtos consumíveis que afetam a qualidade dos testes estão validados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade possui instrumentos para monitorar e aprimorar seus serviços?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade entrega em tempo oportuno o resultado do diagnóstico de HIV em gestantes e crianças (<1 semana)?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A equipe participa do programa de Avaliação Externa da Qualidade disponibilizado pelo Ministério da Saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há ação corretiva implementada com base nos resultados dos painéis de programa externos da qualidade?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A unidade possui um programa de avaliação interna da qualidade? Indicar como são monitorados.
 |  |  |  |  |  |
| **3.3 Gerenciamento de dados laboratoriais** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe um sistema de dados informatizado? Se não, como é realizado o registro de dados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O sistema vigente é utilizado na entrada das amostras e na liberação dos resultados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Na sua unidade, existe um método que possibilite a rastreabilidade das amostras?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Na sua unidade, existe um método que possibilite a rastreabilidade dos dados dos insumos utilizados?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Na sua unidade, existe mecanismos para assegurar a confidencialidade das informações laboratoriais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. A sua unidade utiliza identificadores únicos para informações do paciente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os registros são arquivados e os resultados são facilmente recuperáveis em tempo hábil?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O sistema de registro permite ligar os resultados de exames de HIV da mãe com os resultados da criança?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe um mecanismo de informação de casos reagentes de HIV à vigilância local? Se sim, como é realizado?
 |  |  |  |  |  |

**Capítulo 4**

**Avaliação de Direitos Humanos, Igualdade de Gênero**

**e Participação da Comunidade**

 Este capítulo tem como objetivo avaliar as dimensões direitos humanos, igualdade de gênero e participação da comunidade. É composto por três instrumentos de validação para direcionados para:

1) Coordenação de programas municipais de IST/HIV/Aids;

2) Organizações da sociedade civil e base comunitária;

3) Usuários do serviço de saúde.

Os instrumentos deverão ser respondidos pela coordenação municipal de IST/HIV/Aids, por **pelo menos um** representante de organizações da sociedade civil e base comunitária, e **pelo menos um** usuário do serviço de saúde.

As informações abrangem situações e ações necessárias para eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV, tais como: direitos fundamentais (Art. 5 e 6 da Constituição Federal (CF)), criminalização da discriminação contra a pessoa vivendo com HIV (Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014) e acesso ao tratamento gratuito para HIV (Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996). Além da não criminalização da transmissão vertical, escolha da contracepção e/ou esterilização, sigilo da condição sorológica, acesso equânime aos serviços de saúde, participação ativa na comunidade, igualdade e identidade de gênero, raça/etnia, acesso à justiça, recursos e reparação de direitos.

A dimensão direitos humanos consiste em estruturas, instituições, políticas, procedimentos e atores jurídicos criados para assegurar respeito, proteção e execução dos tratados e acordos internacionais, regionais e nacionais, nos quais o Brasil é signatário, incluindo direitos das mulheres, crianças e grupos em situações de vulnerabilidade. Em nível nacional, cita-se, a CF, o Sistema Único de Saúde, as leis de garantias de direitos dos usuários e outros instrumentos legais que assegurem a proteção dos direitos humanos. No nível local, incluem-se as Leis Orgânicas municipais.

A dimensão igualdade e identidade de gênero abrange considerações pertinentes no contexto da transmissão vertical do HIV, quando relacionadas às normas e práticas de gênero na saúde sexual e saúde reprodutiva e direitos das mulheres cisgênero e homens trans.

A dimensão participação na comunidade está relacionada ao envolvimento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), na elaboração de Políticas Públicas, desenvolvimento e implementação de programas, *advocacy* e prestação de serviços. Cita-se a participação de mulheres vivendo com HIV na formulação de leis, políticas, programas e sistemas de monitoramento e avaliação que asseguram acesso e tratamento adequado, contribuindo para a eliminação da TV do HIV.

1. **Instrumento de validação para resposta da coordenação do programa municipal de IST/HIV/Aids**

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail:** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações : |

**1.Instrumento de validação para resposta da coordenação do programa municipal de IST/HIV/Aids**

|  |
| --- |
| **1.1 Dimensão Direitos Humanos** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você conhece a Lei nº12.984/2014, que criminaliza a discriminação das pessoas vivendo com HIV, incluindo recusa ou retardo ao atendimento à saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece a legislação que protege o direito da mulher de escolha da esterilização e contracepção voluntária?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há mecanismos nos serviços que garantam a confidencialidade das informações relacionadas ao HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. É respeitado o direito das gestantes e suas parcerias de realizar a testagem e/ou o tratamento para HIV de forma voluntária?
 |  |  |  |  |  |
| 1. As políticas municipais asseguram acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há estratégias para melhorar as dificuldades de acesso de PVHIV quanto a:
 | Falta de medicamentos para HIV? |  |  |  |  |  |
| Falta de exames para HIV? |  |  |  |  |  |
| Estigma e discriminação nos serviços de saúde? |  |  |  |  |  |
| Consultas de pré-natal? |  |  |  |  |  |
| Transporte até as unidades de saúde?  |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços dispõem de ações de prevenção da TV quanto a:
 | Orientações pré e pós-exames? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre a inibição farmacológica da amamentação? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre o fornecimento da fórmula láctea infantil durante os primeiros seis meses da criança exposta ao HIV? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre o acompanhamento da criança exposta ao HIV? |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços que ofertam pré-natal garantem acesso a:
 | Adolescentes e jovens em idade reprodutiva? |  |  |  |  |  |
| Mulheres solteiras? |  |  |  |  |  |
| Mulheres vivendo com HIV? |  |  |  |  |  |
| Trabalhadoras do sexo? |  |  |  |  |  |
| Mulheres usuárias de drogas? |  |  |  |  |  |
| Mulheres lésbicas e bissexuais? |  |  |  |  |  |
| Mulheres com deficiência? |  |  |  |  |  |
| Mulheres em situação de rua? |  |  |  |  |  |
| Adolescentes e mulheres institucionalizadas? |  |  |  |  |  |
| Outras? Quais? |  |  |  |  |  |
| 1. É assegurado o acesso aos serviços de prevenção das IST/HIV/aids para as populações acima citadas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem mecanismos no município que assegurem o acesso à justiça, recursos e reparação de direitos das pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos serviços que realizam prevenção da TV, as mulheres são orientadas sobre direitos humanos, sexuais e reprodutivos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos casos de violação de direitos humanos de mulheres vivendo com HIV:
 | O município registra e monitora? |  |  |  |  |  |
| O município possui mecanismos de suporte clínico, social e/ou jurídico? |  |  |  |  |  |
| Existe alguma forma de responsabilizar os serviços? |  |  |  |  |  |
| Existem dificuldades institucionais para responsabilizar os serviços? |  |  |  |  |  |
| **1.2 Dimensão Igualdade de Gênero**  |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você conhece leis ou políticas que criminalizem as formas de violência contra mulheres?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existe plano de ação para enfrentamento e prevenção da violência contra as mulheres?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existem registros recentes de casos de violência contra as mulheres?
 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Os profissionais de saúde são orientados sobre direitos humanos quanto a:
 | Direitos sexuais e reprodutivos? |  |  |  |  |  |
| Não estigma e não discriminação? |  |  |  |  |  |
| Confidencialidade e privacidade? |  |  |  |  |  |
| Atenção ao parto e puerpério? |  |  |  |  |  |
| Violência baseada no gênero/ identidade de gênero? |  |  |  |  |  |
| Violência institucional? |  |  |  |  |  |
| Promoção da igualdade de gênero? |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1.3 – Dimensão Participação da Comunidade**  |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Existe rede de mulheres vivendo com HIV na área de abrangência do seu município?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, estão envolvidas na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde locais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os conselhos de saúde participam e apoiam as ações de prevenção da TV do seu município?
 |  |  |  |  |  |

# Instrumento de validação para resposta de representantes de organizações da sociedade civil e de base comunitária

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **E-mail:** | **Telefone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observações : |

#

# 2. Instrumento de validação para resposta de representantes de organizações da sociedade civil e de base comunitária

|  |
| --- |
| **2.1 – Dimensão Direitos Humanos** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. No município, é assegurado o direito das gestantes e suas parcerias de realizar testagem e/ou tratamento para HIV de forma voluntária?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, há relatos de violação de direito à assistência e tratamento das gestantes vivendo com HIV e suas parcerias sexuais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, o município dispõe de mecanismos para denúncia? Cite-os.
 |  |
| 1. Você conhece a legislação que protege o direito da mulher de escolher quanto à esterilização e contracepção?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, há relatos sobre violação do direito da mulher de escolher quanto à esterilização e contracepção?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, o município dispõe de mecanismos para denúncia? Cite-os.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Há mecanismos nos serviços que garantam a confidencialidade das informações relacionadas ao HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existe protocolo de prevenção da TV do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existem mecanismos que assegurem o acesso à justiça, recursos e reparação de direitos das pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos serviços que realizam prevenção da TV, as mulheres são orientadas sobre direitos humanos, sexuais e reprodutivos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O direito ao nome social está sendo respeitado, conforme a legislação vigente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, há relatos de casos sobre:
 | Estigma e discriminação? |  |  |  |  |  |
| Desrespeito à privacidade e confidencialidade? |  |  |  |  |  |
| 1. Há estratégias para melhorar as dificuldades de acesso de PVHIV quanto a:
 | Falta de medicamentos para HIV? |  |  |  |  |  |
| Falta de exames para HIV? |  |  |  |  |  |
| Estigma e discriminação nos serviços de saúde? |  |  |  |  |  |
| Consultas de pré-natal? |  |  |  |  |  |
| Transporte até as unidades de saúde?  |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços dispõem de ações de prevenção da TV quanto a:
 | Orientações pré e pós-exames? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre a inibição farmacológica da amamentação? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre o fornecimento da fórmula láctea infantil durante os primeiros seis meses da criança exposta ao HIV? |  |  |  |  |  |
| Orientações sobre o acompanhamento da criança exposta ao HIV? |  |  |  |  |  |
| 1. Os serviços que ofertam pré-natal garantem acesso a:
 | Adolescentes e jovens em idade reprodutiva? |  |  |  |  |  |
| Mulheres solteiras? |  |  |  |  |  |
| Mulheres vivendo com HIV? |  |  |  |  |  |
| Trabalhadoras do sexo? |  |  |  |  |  |
| Mulheres usuárias de drogas? |  |  |  |  |  |
| Mulheres lésbicas e bissexuais? |  |  |  |  |  |
| Mulheres com deficiência? |  |  |  |  |  |
| Mulheres em situação de rua? |  |  |  |  |  |
| Adolescentes e mulheres institucionalizadas? |  |  |  |  |  |
| Outras? Quais? |  |
| 1. É assegurado o acesso aos serviços de prevenção das IST/HIV/aids para as populações acima citadas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Nos casos de violação de direitos humanos de mulheres vivendo com HIV:
 | O município registra e monitora? |  |  |  |  |  |
| O município possui mecanismos de suporte clínico, social e/ou jurídico? |  |  |  |  |  |
| Existe alguma forma de responsabilizar os serviços? |  |  |  |  |  |
| Existem dificuldades institucionais para responsabilizar os serviços? |  |  |  |  |  |
| **2.2 – Dimensão Igualdade de Gênero** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você conhece leis e/ou políticas de igualdade de sexo e/ou gênero e identidade de gênero?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existe plano de ação para enfrentamento e prevenção da violência contra mulheres e meninas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. No município, existem registros recentes de casos de violência contra as mulheres e meninas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existe rede local de atenção às mulheres e meninas em situação de violência?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O município possui serviço que oferte a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV para o atendimento das mulheres que sofreram violência sexual?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Os profissionais de saúde são orientados sobre direitos humanos quanto a:
 | Direitos sexuais e reprodutivos? |  |  |  |  |  |
| Não estigma e não discriminação? |  |  |  |  |  |
| Confidencialidade e privacidade? |  |  |  |  |  |
| Atenção ao parto e puerpério? |  |  |  |  |  |
| Violência baseada no gênero/ identidade de gênero? |  |  |  |  |  |
| Violência institucional? |  |  |  |  |  |
| Promoção da igualdade de gênero? |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece a lei que criminaliza a discriminação das pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Existem no município estratégias de promoção da igualdade de gênero e respeito à identidade de gênero?
 |  |  |  |  |  |
| **2.3 – Dimensão Participação da Comunidade** |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. A organização que você representa participa de conselho ou comitê municipal de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, a organização que você representa participa da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde locais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você sabe se tem participação de outras organizações da sociedade civil e de base comunitária nesses espaços de construção das políticas de saúde locais?
 |  |  |  |  |  |
| 4.Você sabe se existe plano municipal para prevenção da TV do HIV? |  |  |  |  |  |
| 5.As ações de prevenção da TV do HIV são asseguradas para a comunidade? |  |  |  |  |  |
| 1. A organização que você representa tem acesso a informações de saúde do município?
 |  |  |  |  |  |

# Instrumento de validação para resposta de usuários de serviço de saúde

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | **Nome do Serviço**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nome do entrevistador:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Observações: |

# 3. Instrumento de validação para resposta de usuários de serviço de saúde

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Não sabe** | **Não se aplica** | **Comentários** |
| 1. Você tem fácil acesso aos serviços de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você recebe atendimento sem preconceito de raça, cor, idade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde ou nível social?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você tem informações completas sobre a sua saúde durante as consultas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você é orientado(a) sobre direitos humanos, sexuais e reprodutivos pelos profissionais de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Seus direitos sexuais e reprodutivos são respeitados nos serviços de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você se sente seguro(a) quanto ao sigilo das suas informações no serviço de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você teve algum direito à saúde violado?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se sim, você sabe onde denunciar? Cite-os.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você está envolvido(a) na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde locais?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você participa de conselho ou comitê municipal de saúde?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece a lei que criminaliza a discriminação das pessoas vivendo com HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você sabe se existe no município ações de prevenção da transmissão vertical do HIV?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você conhece a lei que protege o direito da mulher de escolher a esterilização e contracepção?
 |  |  |  |  |  |
| 1. O direito ao nome social está sendo respeitado, conforme a legislação vigente?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Você sabe se existe no município instituições que amparam gratuitamente mulheres vivendo com HIV em situação de vulnerabilidade social?
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2017) e PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescente (2017), que estão disponíveis em: [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt) [↑](#footnote-ref-1)
2. Cadernos de Atenção Básica n° 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco (2013), disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/> [↑](#footnote-ref-2)
3. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas [↑](#footnote-ref-3)