

## Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids

An intervention for the implementation of clinical monitoring in specialized care services to people living with HIV/AIDS

Intervención para la implementación del monitoreo clínico en servicios especializados de atención a personas afectadas por el VIH/SIDA

Ana Paula Loch <sup>1</sup>  
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo <sup>1</sup>  
Simone Queiroz Rocha <sup>1</sup>  
Mylva Fonsi <sup>1</sup>  
Rosa de Alencar Souza <sup>1</sup>  
Maria Clara Gianna <sup>1</sup>  
Alexandre Gonçalves <sup>1</sup>  
Artur Olhovetchi Kalichman <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00136219

### Resumo

O monitoramento clínico de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) contribui para a identificação e gestão de caso das pessoas sem início de tratamento (gap), em falha terapêutica e em abandono de tratamento. O objetivo deste artigo é apresentar e discutir o desenvolvimento de uma metodologia para a implementação do monitoramento clínico das PVHA em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia utilizada desde 2014 pelo Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP-Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS do Estado de São Paulo, Brasil, foi reestruturada em três reuniões, no período de junho a agosto de 2018. Foram mantidos os eixos de apresentação do número de usuários com falha terapêutica, em gap e em abandono de tratamento nos serviços participantes, e a discussão de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Foi adicionado um novo eixo que direciona a discussão das possibilidades de reorganização de fluxos assistenciais e práticas gerenciais do serviço. Adicionalmente, a intervenção passou a ser feita nos serviços de saúde, com a participação de um número maior de profissionais da equipe multiprofissional, discussão de casos, fluxos e processos de trabalho e encontros regionais para a troca de experiências em monitoramento clínico entre os serviços. A reestruturação da metodologia contribuiu para a diminuição do gap de tratamento, reorganização de fluxos assistenciais e inclusão do monitoramento clínico como ferramenta de gestão nos serviços de assistência especializada às PVHA. Essa metodologia pode ser implementada por outros programas estaduais, municípios e serviços, uma vez que todos têm acesso às mesmas fontes de informação usadas nesta intervenção.

*Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Adesão ao Tratamento; Sistema Único de Saúde; HIV; Ciência da Implementação*

### Correspondência

A. P. Loch  
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP-  
Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS.  
Rua Santa Cruz 81, São Paulo, SP 04121-000, Brasil.  
anapaulaloch@gmail.com

<sup>1</sup> Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP-  
Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS, São Paulo,  
Brasil.



## Introdução

Desde 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) propõe uma meta ambiciosa para impulsionar a resposta mundial rumo ao fim da epidemia de aids, conhecida como meta 90-90-90. Essa meta é apoiada por modelos matemáticos que sugerem que diagnosticar 90% das pessoas infectadas pelo HIV, tratar 90% das pessoas diagnosticadas e suprimir a carga viral de 90% das pessoas em tratamento até 2020 levaria ao alcance do fim da epidemia de aids até 2030 <sup>1</sup>.

O conceito do tratamento como prevenção, base da meta 90-90-90, é apoiado no fato de que pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em tratamento e com a carga viral indetectável não transmitem o vírus. Essa proposta tem um grande impacto potencial no aumento da efetividade das políticas de controle da epidemia e traz enormes benefícios, tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista da saúde pública <sup>2</sup>.

O reconhecimento da importância da terapia antirretroviral (TARV) para a prevenção da transmissão, diminuição da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida das PVHA traz aos serviços públicos de saúde desafios programáticos e organizacionais de várias ordens. O monitoramento das várias etapas do cuidado dessas pessoas e o desenvolvimento de estratégias de intervenção para garantir o acesso oportuno e a manutenção da adesão ao tratamento estão no centro desses desafios, sendo fundamentais para a melhoria da resposta brasileira à epidemia <sup>1</sup>.

Signatário da meta 90-90-90, o Brasil monitora anualmente seu progresso em relação a esta estratégia, identificando as lacunas nas etapas do cuidado contínuo em HIV que necessitam de intervenção, subsidiando a tomada de decisão e o planejamento das ações programáticas <sup>2</sup>.

O relatório de monitoramento clínico do HIV mostrou um aumento importante do número de pessoas diagnosticadas (de 69% para 84%), vinculadas (de 66% para 79%), retidas (55% para 69%), em tratamento (de 44% para 63%) e com carga viral suprimida (de 38% para 58%) entre 2012 e 2017 no Brasil. Após a ampliação das indicações de TARV em 2013, incluindo a oferta do tratamento precoce, o número de usuários em tratamento aumentou de 48% em 2013 para 63% em 2017. Entre os usuários em tratamento há mais de seis meses, 91,78% atingiram a supressão viral (carga viral < 1.000 cópias/mL) em 2017 <sup>3</sup>.

Para auxiliar os serviços que acompanham as PVHA na identificação e gestão do cuidado dos usuários que não iniciaram tratamento, ou persistem com carga viral detectável após seis meses do início da TARV ou abandonaram o tratamento, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2013 o Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC; <https://simc.aids.gov.br>), que disponibiliza quatro relatórios aos serviços, dos quais três são objeto do trabalho descrito neste texto.

O primeiro relatório é a relação dos usuários em *gap* (inglês = lacuna) de tratamento, ou seja, que nunca receberam antirretrovirais. Esses usuários são aqueles identificados pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) como tendo coletado exame de quantificação de carga viral e/ou CD4, mas que permanecem sem registro de dispensa de antirretroviral no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O Ministério da Saúde estima que 10.296 usuários estavam em *gap* de tratamento no Estado de São Paulo em junho de 2019, representando 5,48% do total de PVHA no estado, sendo que, destes, 9.151 (88,9%) correspondiam a casos identificados pelo SIMC, mas não analisados pelos serviços (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 08/Mai/2019).

O segundo relatório disponibiliza ao serviço, desde o final de 2017, a relação de usuários identificados com última carga viral detectável no SISCEL em coleta de exame realizada após seis meses do início do esquema antirretroviral no SICLOM (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 10/Nov/2017). Estima-se que 8.929 pessoas (5,95% do total em tratamento no estado) estavam em falha terapêutica no Estado de São Paulo em junho de 2019 (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 08/Mai/2019).

O terceiro disponibiliza a relação de PVHA em abandono de tratamento por meio da emissão do relatório de usuários com atraso de dispensa de medicamentos superior a 100 dias. Esse relatório foi disponibilizado no SIMC em dezembro de 2019, mas podia antes ser acessado no SICLOM pelas farmácias dos serviços. O Ministério da Saúde estima que 27.611 usuários estavam em abandono de tratamento no Estado de São Paulo (15,5% dos usuários que iniciaram TARV no estado) em maio de 2019 (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 08/Mai/2019). Desde dezembro de

2019, também foi disponibilizado no SIMC o relatório de gestantes com carga viral detectável, sendo esta uma importante ferramenta para eliminar a transmissão vertical do HIV.

O uso desses relatórios contribui para a identificação de falhas programáticas, bem como para usuários que necessitam de cuidado mais intensivo do serviço nos diferentes momentos do contínuo do cuidado. Entendendo a importância do SIMC para a gestão do cuidado, o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP-Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS (CRT-DST/AIDS) realizou nove capacitações entre os anos de 2014 e 2016 para o uso do sistema, com foco principal nos serviços que concentravam 70% dos casos de *gap* de tratamento no Estado de São Paulo em 2013. Apesar de ter ocorrido um movimento inicial de monitoramento clínico nos serviços capacitados, os relatórios de evolução do *gap* evidenciaram a necessidade de esforços para acelerar a sua diminuição.

Com o objetivo de aprimorar a implementação do sistema, estimular o monitoramento contínuo das PVHA nos serviços especializados, reduzir o *gap* de tratamento, o número de usuários em falha terapêutica e em abandono de tratamento, o CRT-DST/AIDS, apoiado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), readequou a intervenção realizada entre 2014 e 2016, e capacitou profissionais de 21 serviços de quatro regiões de saúde do Estado de São Paulo para o uso do SIMC, entre os anos de 2018 e 2019 (período de seis meses). Este artigo visa apresentar e discutir o desenvolvimento da metodologia usada na intervenção para a melhoria do monitoramento clínico de PVHA, realizada pelo CRT-DST/AIDS em 2018/2019. Ressalta-se que o foco deste estudo está colocado na avaliação das estratégias de implementação de ferramentas e processos de trabalho voltados à melhoria do monitoramento clínico no âmbito dos serviços. Para tal fim, também serão apresentados alguns resultados comparativos gerados com base em relatórios produzidos pelo SIMC, antes e durante as intervenções realizadas no período de 2018/2019.

## Metodologia

### Processo de reestruturação da intervenção

A intervenção realizada entre 2014 e 2016 tinha duração de oito horas e foi realizada na capital e em algumas cidades do interior do Estado de São Paulo, reunindo a equipe multiprofissional, gestores, programas municipais de IST/aids e vigilância epidemiológica dos serviços de assistência especializada (SAE).

Os eixos norteadores dessa primeira intervenção se concentraram na apresentação e discussão: (a) da incidência e mortalidade por aids no Estado de São Paulo e nas regiões foco da intervenção; (b) das vulnerabilidades individuais, programáticas e sociais que impactam as etapas do cuidado das PVHA; e (c) dos dados encontrados em cada um dos relatórios do SIMC, correlacionando-os com as metas do Programa Estadual de IST/AIDS do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde. Após esse esforço, *logins* de acesso foram criados para os serviços e houve um movimento inicial de monitoramento do relatório de usuários em *gap* de tratamento, porém, sem a implementação do monitoramento de forma rotineira pelos serviços. Em novembro de 2017, por exemplo, 82,24% (8.656 de 10.525) dos usuários em *gap* de tratamento continuavam pendentes de análise pelos serviços (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 10/Nov/2017).

A reestruturação da intervenção ocorreu durante três reuniões realizadas no período de junho a agosto de 2018. A nova proposta foi estruturada levando-se em conta pressupostos já utilizados em 2014 e um quarto pressuposto proveniente da Ciência da Implementação <sup>4</sup>: (i) a disponibilidade de um sistema de monitoramento clínico para a identificação de usuários em *gap* de tratamento, em falha terapêutica ou em abandono de TARV e sua baixa implementação na prática (SIMC. <https://simc.aids.gov.br/index.php#>, acessado em 08/Mai/2019); (ii) os benefícios imediatos que poderiam resultar do uso do sistema mediante a inserção/reinserção de usuários no tratamento e a intensificação da adesão <sup>1</sup>; (iii) o potencial de melhoria dos processos assistenciais e atividades gerenciais do serviço após a implementação do SIMC como ferramenta de gestão do cuidado; e (iv) a necessidade de considerar o contexto local dos serviços para a implementação de novas intervenções, neste caso, o monitoramento clínico por intermédio do SIMC e do SICLOM, com base no envolvimento dos profissionais da saúde,

avaliação dos recursos disponíveis para o reengajamento dos usuários no cuidado após a identificação dos mesmos nos referidos sistemas 5.

O Quadro 1 compara os eixos norteadores e a metodologia da intervenção realizada em 2018/2019 com a intervenção feita em 2014. A apresentação do número de usuários em *gap* de tratamento, falha terapêutica e abandono de TARV, bem como a discussão de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas permaneceram em 2018/2019. Adicionou-se à intervenção o eixo que busca estimular a discussão entre os profissionais do serviço de saúde quanto à reorganização de fluxos assistenciais e gerenciais que podem melhorar a qualidade do cuidado ofertado aos usuários 6.

Em relação às mudanças na metodologia usada apontadas no Quadro 1, são apresentadas quatro mudanças metodológicas principais: (i) a realização da capacitação técnica para o uso do sistema e a realização do monitoramento clínico *in loco* em cada serviço especializado, com o apoio de informações provenientes de prontuários, SISCEL e SICLOM; (ii) o uso da tecnologia da discussão de casos como disparadora da reestruturação de fluxogramas assistenciais e gerenciais durante as visitas

### Quadro 1

Comparação da estrutura das intervenções realizadas para a implementação do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) no Estado de São Paulo, Brasil, em 2014 e 2018/2019.

	2014	2018/2019
<b>EIXOS NORTEADORES</b>	Mortalidade por aids no Estado de São Paulo e por região de saúde quando disponível e incidência no Estado de São Paulo.	Excluído.
	Apresentação do número de pacientes com carga viral detectável, <i>gap</i> de tratamento e abandono de tratamento nos serviços participantes, e metas do Programa Estadual de IST/AIDS para a redução destes números.	Apresentação do número de pacientes com carga viral detectável, <i>gap</i> de tratamento e abandono de tratamento nos serviços participantes.
	Vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que impactam o contínuo do cuidado aos pacientes com HIV.	Vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que impactam o contínuo do cuidado dos pacientes com HIV.
	-	Possibilidade de re/organização de fluxos assistenciais e práticas gerenciais com base nos casos identificados no SIMC.
<b>METODOLOGIA</b>	Apresentação e exercício no SIMC em sala de informática em local externo ao serviço de saúde.	Apresentação e capacitação para uso do SIMC em data previamente agendada no serviço de saúde.
	Participação do gerente e de todos os profissionais da assistência com disponibilidade para se ausentarem do serviço.	Participação do gerente e todos os profissionais da assistência disponíveis no serviço no dia da capacitação.
	Envolvimento de profissionais de serviços diferentes na mesma capacitação.	Envolvimento apenas de profissionais do mesmo serviço em capacitações individualizadas para cada serviço.
	Capacitação pontual e monitoramento à distância.	Monitoramento presencial com troca de experiências entre os serviços da mesma região de saúde.
	-	Discussão <i>in loco</i> de casos identificados no SIMC, apoiada por informações do prontuário, do Sistema Laudo e do SICLOM (que trazem informações laboratoriais e de dispensa de antirretrovirais, respectivamente).
	-	Discussão e revisão <i>in loco</i> dos fluxogramas assistenciais e gerenciais com base nos casos identificados no SIMC, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado.
	-	Discussão <i>in loco</i> com o objetivo de implementar o monitoramento clínico, considerando-se os processos de trabalho existentes nos serviços.

SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.

técnicas; (iii) a participação ativa dos profissionais da equipe multiprofissional dos serviços na realização do monitoramento clínico; e (iv) a realização de encontros para o compartilhamento de experiências em monitoramento clínico entre os serviços da mesma região de saúde.

### **Condução da intervenção reestruturada**

Em 2018, a aproximação dos serviços especializados e coordenadores municipais de IST/aids aconteceu por meio de uma reunião para a apresentação da proposta de intervenção para a melhoria do monitoramento clínico nas cidades-sede das regiões de saúde correspondentes, com a participação da interlocução de IST/aids dos grupos de vigilância epidemiológica na realização dos convites e organização do espaço. Nessa reunião, o SIMC foi apresentado enfatizando-se a sua importância para a identificação de usuários com dificuldades nas diferentes etapas do contínuo do cuidado, e também foram agendadas as visitas técnicas de capacitação em monitoramento clínico nos serviços de saúde.

O modelo lógico da intervenção está disponível no Quadro 2. A finalidade da intervenção se concentra na diminuição do número de usuários apontados pelos três relatórios e na discussão e qualificação dos processos assistenciais e gerenciais, baseando-se nos casos identificados no SIMC e no SICLOM.

### **Quadro 2**

Modelo lógico da intervenção para a melhoria do monitoramento clínico no Estado de São Paulo, Brasil.

<b>Usuários identificados no SIMC</b>	<b>Finalidade da intervenção</b>	<b>Perguntas disparadoras de discussão realizadas durante a capacitação</b>
Usuários diagnosticados em <i>gap</i> de tratamento.	Identificar e diminuir o número de usuários diagnosticados sem tratamento e promover discussão sobre o fluxograma da assistência entre as etapas de diagnóstico, vinculação, retenção e tratamento.	Como é o fluxo de atendimento do usuário diagnosticado no serviço? Como é feito o encaminhamento para a rede? Qual o tempo médio entre o diagnóstico e a coleta de exames de carga viral e CD4? E entre a realização de exames e a primeira consulta médica? O serviço promove algum atendimento para esclarecimento de dúvidas e avaliação clínica sobre a doença antes da primeira consulta médica? Existe o entendimento da importância do início de TARV por todos da equipe?
Usuários em TARV há mais de seis meses com carga viral detectável.	Identificar e diminuir o número de usuários em falha terapêutica por meio da identificação, discussão e implementação de ações assistenciais que visam a melhorar a adesão ao tratamento e identificar usuários com resistência viral à TARV usando-se exames de genotipagem, e adequar o tratamento.	O serviço realiza algum tipo de monitoramento das doses dispensadas na farmácia? Os profissionais da equipe multiprofissional possuem algum mecanismo de aviso da equipe médica sobre a necessidade de avaliar a adesão e solicitar a genotipagem? O serviço realiza alguma atividade para a melhoria da adesão ao tratamento, como consultas com profissionais da equipe multiprofissional?
Usuários em abandono de TARV.	Identificar e diminuir o número de usuários com atraso de dispensa de antirretroviral superior a 100 dias. Discutir o fluxograma assistencial de convocação e reengajamento dos usuários em abandono.	O serviço promove algum atendimento para a verificação da adequação do ARV na rotina do usuário após o início da terapia? O serviço tem algum fluxograma definido para a busca dos usuários em abandono de tratamento? O serviço realiza alguma atividade diferenciada de monitoramento para usuários com histórico de abandono? O serviço busca identificar os motivos do abandono da TARV e do seguimento, e dispara ações da equipe multiprofissional que vise à adesão e retenção no cuidado?

ARV: antirretroviral; SIMC: Sistema de Monitoramento Clínico; TARV: terapia antirretroviral.

As capacitações para a implementação do monitoramento clínico foram realizadas *in loco* nos serviços de saúde, com a participação dos profissionais da equipe multiprofissional dos serviços. No início da capacitação realizada em cada serviço de saúde, *logins* de acesso foram criados e, após a emissão dos relatórios disponíveis no sistema, pelo menos três casos provenientes do relatório de *gap* de tratamento, três casos identificados no relatório de usuários em falha terapêutica e três casos de abandono de TARV foram discutidos com a equipe. Durante as discussões eram levantadas informações provenientes do prontuário para a avaliação de condutas e existência de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que pudessem explicar a identificação do usuário nos relatórios; do sistema Laudos, que possibilita visualizar o histórico de CD4, carga viral e genotipagem para avaliar quando foram realizados os primeiros exames de CD4 e carga viral, a frequência de sua realização, desde quando o usuário apresentava carga viral detectável e se apresentava histórico de genotipagem para a avaliação da falha terapêutica; e do SICLOM para avaliar a frequência com que os usuários retiravam seus medicamentos nos casos de falha terapêutica e abandono de TARV.

Durante as capacitações, algumas perguntas disparadoras foram realizadas após a emissão dos relatórios no sistema, com o objetivo de promover a reflexão das equipes capacitadas quanto aos processos de trabalho existentes no serviço e as possibilidades de alteração destes processos para garantir, em longo prazo, melhor qualidade assistencial e diminuição do número de casos encontrados nos relatórios. As respostas a essas perguntas não foram coletadas, pois tinham propósito único de promover a discussão entre os profissionais das equipes.

Após a capacitação, em aproximadamente sessenta dias, os profissionais dos serviços de saúde apresentavam sua evolução no monitoramento clínico em reuniões realizadas na sede da região de saúde. Essas reuniões presenciais de compartilhamento de experiências envolviam apenas os serviços de uma mesma região de saúde. Nesses encontros, os serviços apresentavam uma análise da situação dos usuários identificados nos relatórios, as mudanças de processos assistenciais e gerenciais realizadas nos serviços para implementar o monitoramento clínico e melhorar a qualidade do cuidado ofertado aos usuários, bem como as dificuldades, desafios e as soluções encontradas para este trabalho.

### **Caracterização dos serviços da rede de cuidado em IST/aids e dos serviços participantes da intervenção**

Os 645 municípios do Estado de São Paulo estão agrupados em 63 regiões de saúde, das quais apenas duas não contam com serviços especializados de referência para PVHA dentro da própria regional. A intervenção foi conduzida em 21 serviços de atenção especializada às PVHA pertencentes a quatro regiões prioritárias do Estado de São Paulo.

A Tabela 1 descreve o conjunto de serviços que compõem a rede de cuidados especializada em IST/aids do Estado de São Paulo, e caracteriza os serviços das regiões 1 a 4 que aceitaram participar da intervenção e um grupo comparador de serviços das regiões 5 a 8 que não sofreram intervenção quanto à instituição gestora, o tipo de serviço e o porte do serviço no que diz respeito ao número de usuários em tratamento. Nos três grupos, a gestão dos serviços é realizada predominantemente pela Secretaria Municipal de Saúde e a maior parte dos ambulatórios é de assistência especializada a usuários com HIV/aids, IST e hepatites virais. A Tabela 1 também apresenta o *gap* de tratamento, falha terapêutica e abandono de TARV de cada grupo no início da intervenção.

**Tabela 1**

Caracterização dos serviços de assistência especializada do Estado de São Paulo, Brasil, dos serviços participantes da intervenção e do grupo comparação.

Características	Conjunto de serviços do Estado de São Paulo		Regiões 1-4 (com intervenção)		Regiões 5-8 (sem intervenção)	
	n	%	n	%	n	%
Instituição gestora						
Secretaria Municipal de Saúde	166	84,8	20	95,2	15	83,3
Secretaria Estadual de Saúde	12	6,1	-	-	-	-
Universidade	9	4,6	-	-	2	11,1
Ministério da Saúde	3	1,5	-	-	-	-
Consórcio Intermunicipal	2	1,0	1	4,8	-	-
Outros	4	2,0	-	-	1	5,6
Tipo de serviço						
Ambulatório exclusivo de assistência especializada a usuários com HIV/aids, IST e hepatites virais	82	41,8	12	57,1	8	44,4
Ambulatório especializado em moléstias infecciosas	44	22,4	5	23,8	5	27,8
Ambulatório de assistência especializada inserido em unidade de atenção básica	17	8,7	-	-	1	5,6
Serviço de atenção básica que acompanha pessoas vivendo com HIV	15	7,7	-	-	-	-
Ambulatório de assistência a várias especialidades	15	7,7	2	9,5	-	-
Outros	23	11,7	2	9,5	4	22,2
Porte do serviço (usuários) *						
< 100 **	40	20,4	7	33,3	13	72,2
> 100 e < 500 ***	70	35,7	5	23,8	2	11,1
≥ 500 #	76	38,8	9	42,9	3	16,7
Usuários por relatório ##						
Gap de tratamento	9.795 (d = 184.964)	5,3	1.218 (d = 24.735)	4,9	632 (d = 14.542)	4,3
Falha terapêutica	11.762 (d = 144.401)	8,1	1.597 (d = 21.135)	7,6	770 (d = 12.163)	6,3
Abandono de TARV	30.768 (d = 175.169)	17,6	2.382 (d = 23.517)	10,1	1.747 (d = 13.910)	12,6

d: denominador.

\* 10 (5,1%) serviços não informaram o número de usuários atendidos;

\*\* Atendem em conjunto 2.490 usuários (2,6% do total do Estado de São Paulo);

\*\*\* Atendem em conjunto 19.399 usuários (20,2% do total do Estado de São Paulo);

# Atendem em conjunto 74.277 usuários (77,2% do total do Estado de São Paulo);

## As proporções referentes ao Estado de São Paulo foram calculadas com dados de junho/2018, reportados pelo Ministério da Saúde em reunião de monitoramento. As proporções referentes às regiões de saúde foram calculadas com dados referentes a agosto/2018, provenientes do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Fonte: Questionário QualiAids (2016), SIMC (2018) e SICLOM (2018).



O levantamento dos dados de caracterização dos serviços foi feito em 2016 por meio da aplicação do questionário QualiAids de avaliação da qualidade da assistência às PVHA 7, cobrindo a totalidade dos serviços existentes e, desde então, não ocorreram mudanças significativas na sua composição. As proporções de usuários em *gap* de tratamento, falha terapêutica e abandono de TARV foram calculadas usando-se o número de usuários em TARV e abandono extraídos do SICLOM e o número de usuários em *gap* de tratamento e falha terapêutica extraídos do SIMC. Os cálculos foram realizados considerando-se as fórmulas utilizadas pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento da evolução dos estados na implementação do monitoramento clínico:

$$\% \text{ de } gap \text{ de tratamento} = \frac{n^{\circ} \text{ PVHA no } gap \text{ de tratamento}}{\text{PVHA diagnosticadas}} \times 100$$

onde o número de PVHA diagnosticadas é a soma de PVHA em TARV + PVHA em *gap* de tratamento + PVHA em abandono de tratamento.

$$\% \text{ de falha terapêutica} = \frac{n^{\circ} \text{ PVHA em TARV com carga viral detectável}}{\text{PVHA em TARV}} \times 100$$

$$\% \text{ de abandono de TARV} = \frac{n^{\circ} \text{ PVHA em abandono}}{n^{\circ} \text{ PVHA que já iniciaram em algum momento a TARV}} \times 100$$

onde o número de PVHA que já iniciaram em algum momento a TARV é a soma de PVHA em abandono + PVHA em TARV.

### **Monitoramento e avaliação dos resultados**

O monitoramento da evolução dos serviços foi realizado antes, durante e após a intervenção, por meio do cálculo das proporções de cada serviço nos relatórios disponíveis no SIMC e informações reportadas pelos profissionais dos serviços nas reuniões presenciais.

As proporções de usuários em cada um dos relatórios, obtidas pelos serviços participantes da intervenção, foram comparadas às proporções dos grupos de serviços pertencentes a outras quatro regiões de saúde prioritárias do Estado de São Paulo. Essas quatro regiões foram escolhidas por apresentarem proporções de *gap* de tratamento, falha terapêutica e abandono de TARV semelhantes às proporções das regiões envolvidas na intervenção.

As mudanças de processos assistenciais e gerenciais foram reportadas pelos serviços durante as reuniões de compartilhamento de experiências e apresentadas considerando-se o porte de atendimento dos serviços de saúde e tipo de mudança: assistencial ou gerencial.

### **Resultados**

Vinte e um serviços (91,3%) de quatro regiões de saúde participaram da intervenção para a implementação do monitoramento clínico, durante seis meses entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019. Desses, seis serviços haviam participado das capacitações realizadas entre 2014 e 2016.

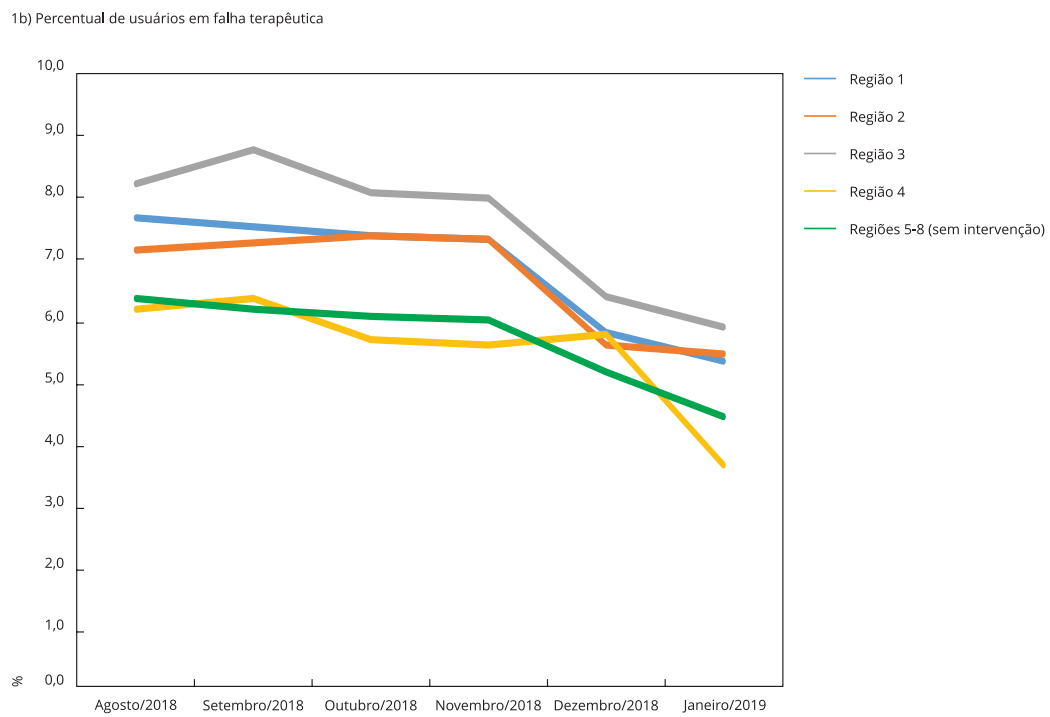
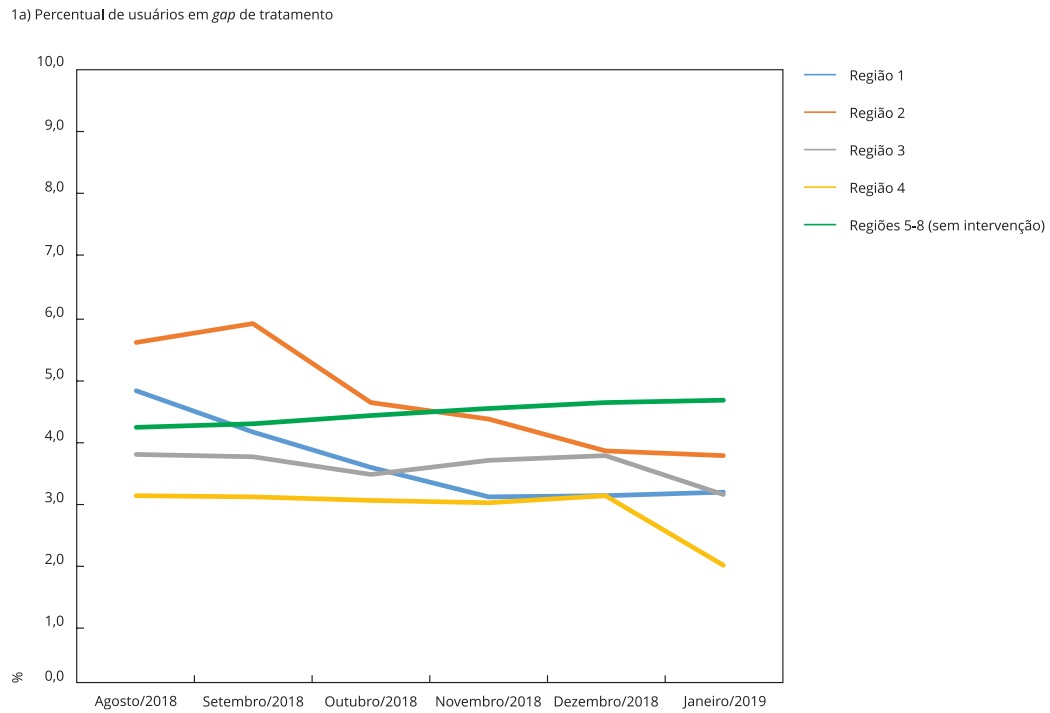
A evolução do conjunto de serviços no monitoramento dos casos de *gap* de tratamento e falha terapêutica pode ser visualizada na Figura 1. A proporção de *gap* de tratamento diminuiu em todas as regiões participantes, quando comparada à proporção do grupo sem a intervenção. O grupo que não participou da intervenção apresentou proporção de 4,3% de *gap* de tratamento no início deste processo e alcançou proporção de 4,8% ao final da intervenção. Nota-se que todas as regiões participantes da intervenção atingiram proporção de *gap* inferior a 4% em janeiro de 2019, inclusive a Região 2, que apresentava proporção de 5,7% no início do processo e 6% no segundo mês da intervenção (Figura 1).

Em relação à falha terapêutica, houve diminuição da proporção de usuários em todas as regiões de saúde, especialmente no mês de dezembro. Parte dessa redução se deve à melhoria do relacionamento das bases de dados realizado pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI/MS), informada em reunião de monitoramento trimestral dos resultados do Estado de São Paulo. Há de se considerar também que,



**Figura 1**

Proporções de usuários em *gap* de tratamento e falha terapêutica antes, durante e após a intervenção segundo região de saúde.



Fonte: Sistema de Monitoramento Clínico – SIMC (2018-2019).

diferente do que ocorre no *gap* de tratamento, o impacto dessa intervenção na proporção de falha terapêutica não ocorre de forma imediata porque o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT) prevê a coleta de exames de carga viral a cada seis meses (Figura 1).

### **Impactos no fluxo geral da assistência e gerenciamento técnico do trabalho nos serviços participantes da intervenção**

Durante a visita técnica, os serviços identificaram um profissional responsável pela emissão dos relatórios nos sistemas, sendo na sua maioria profissionais não médicos da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Nas discussões realizadas também buscou-se identificar quais processos de trabalho poderiam ser revistos e melhorados na rotina de assistência e gerência dos serviços, com o objetivo de incluir novos usuários em TARV, facilitar o acesso à TARV, reengajar os usuários no serviço e melhorar a adesão. No Quadro 3, são observados exemplos de processos assistenciais e gerenciais reorganizados com base nessas discussões e reportados durante as reuniões de compartilhamento de experiências.

Entre os processos assistenciais, mudanças facilitadoras de acesso aos exames de controle do seguimento e aos medicamentos antirretrovirais por meio de parcerias entre os serviços especializados com outros serviços da rede de atenção foram reportadas. Consultas com enfermeiros e farmacêuticos também foram inseridas no fluxo de assistência, a fim de melhorar a vinculação dos usuários recém-diagnosticados que aguardavam a primeira consulta médica e a adesão ao tratamento de usuários recém-diagnosticados com TARV prescrita.

Atividades de monitoramento dos usuários com dificuldades em aderir ao tratamento e ao seguimento também foram implementadas, entre elas: o monitoramento da retirada dos medicamentos antirretrovirais, a sinalização em prontuário dos usuários com dispensação atrasada e a busca de usuários faltosos em consultas médicas ou coleta de exames.

No âmbito dos processos gerenciais, os relatórios identificados no SIMC contribuíram como norteadores de discussão de casos em reuniões de equipe. A frequência dessas reuniões também foi sistematizada para semanal. Ações que visam à isenção tarifária nos transportes públicos aos usuários para garantir o acesso aos serviços também foram conduzidas. Reavaliou-se o fluxo de oferta do benefício para os usuários nos municípios que já previam essa gratuidade e houve um movimento para a busca da isenção tarifária em municípios que não garantiam esse recurso.

Um dos serviços de pequeno porte não conseguia emitir os relatórios do SIMC porque os exames de carga viral e CD4 eram realizados em um laboratório particular que não reportava os resultados no SISCEL. Diante dessa situação, o CRT-DST/AIDS emitiu um ofício direcionado ao secretário municipal da saúde reforçando a importância de utilizar o laboratório de referência da rede pública e, conseqüentemente, o SISCEL. As coletas passaram a ser realizadas pelo laboratório da rede e o serviço obteve acesso aos relatórios do SIMC.

Os serviços reportaram algumas dificuldades para a realização do trabalho de monitoramento. Entre elas: a desatualização do cadastro dos usuários, equipe técnica e administrativa reduzida, resistências para a incorporação de novas propostas aos processos de trabalho dos serviços, as duplicidades de cadastros nos sistemas SISCEL e SICLOM, a necessidade da manutenção de esforços para o monitoramento, a compreensão heterogênea da equipe sobre a importância do monitoramento clínico, pouca comunicação entre os profissionais da equipe dos serviços e falta de recursos materiais, como computadores e linhas telefônicas.

Apesar dessas dificuldades, nota-se na Figura 1 uma redução do número de usuários em *gap* de tratamento encontrada nos relatórios e da proporção de usuários não monitorados, sugerindo a implementação da cultura de monitoramento clínico nos serviços participantes desde o início deste trabalho. No início da intervenção, o conjunto dos serviços incluídos no processo apresentava 1.367 usuários no relatório de *gap* de tratamento e, destes, 1.127 (82,44%) pendentes de análise. Em julho de 2019, esses serviços somaram 777 usuários em *gap*, sendo que 524 (67,43%) permaneciam pendentes de análise; ou seja, houve uma redução de 56,8% dos casos encontrados em *gap* e 46,5% dos casos não monitorados/pendentes de análise. Os usuários em falha terapêutica somavam 1.648 casos no início

**Quadro 3**

Processos reorganizados no fluxo geral da assistência e gerenciamento técnico do trabalho, reportados pelos serviços de saúde nas reuniões de compartilhamento de experiências.

Porte dos serviços	Mudanças no fluxograma assistencial (A) ou gerencial (G)	Objetivo da mudança
<b>PEQUENO</b>	<b>A</b> – Análise da regularidade de dispensas de medicamentos no SICLOM e identificação de falha terapêutica no SIMC, seguidas de sinalização sobre não adesão por meio de esquema de cores no prontuário físico *.	Garantir a identificação dos usuários com má adesão pela equipe multiprofissional na rotina dos processos assistenciais do serviço de saúde para a tomada de decisões (p.ex.: coleta de carga viral confirmatória, solicitação de genotipagem, estratégias para a melhoria da adesão etc.).
	<b>G</b> – Disponibilização de 1 hora semanal para cada profissional da equipe multiprofissional revisar e estudar o PCDT.	Assegurar a compreensão homogênea das práticas clínicas previstas no PCDT por toda a equipe de saúde.
	<b>A</b> – Pactuação, com o laboratório referência, de novos dias para o recebimento de amostras de carga viral e CD4. A coleta, antes ofertada mensalmente, agora é realizada a cada 15 dias.	Ofertar aos usuários mais datas para a coleta do exame de carga viral e CD4, a fim de evitar longos intervalos entre as coletas, atraso na confirmação de falha terapêutica e otimizar a avaliação de usuários em abandono de seguimento e tratamento.
	<b>G</b> – Implantação da coleta de exames pelo laboratório de referência da rede pública, antes realizado em laboratório da rede particular.	Garantir a centralização de informações relacionadas a exames de PVHA no SISCEL. Reduzir custos relacionados à coleta de exames para o município.
<b>MÉDIO</b>	<b>A</b> – Introdução de consulta com o farmacêutico após 15 dias para todos os usuários no início da TARV.	Ofertar assistência farmacêutica com informações e esclarecimentos das dúvidas relacionadas ao tratamento (entre elas, posologia, interações medicamentosas e eventos adversos) e apoiar a adesão ao tratamento.
	<b>A</b> – Busca de usuários faltosos em consultas médicas pelo serviço especializado ou em parceria com a atenção básica quando usuário munícipe.	Identificar precocemente usuários que necessitam novo agendamento de consulta médica, com o objetivo de garantir a continuidade do tratamento.
	<b>A</b> – Envio de medicamentos para a atenção básica em casos específicos nos quais o usuário não tem recursos próprios para chegar ao serviço especializado.	Garantir acesso aos medicamentos por usuários em vulnerabilidade social.
<b>GRANDE</b>	<b>A</b> – Introdução de consulta de enfermagem durante o processo de vinculação dos usuários recém-diagnosticados no serviço.	Apoiar ou promover a vinculação do usuário recém-diagnosticado nos seis meses após o diagnóstico, garantindo avaliação de risco e vulnerabilidades no intervalo de tempo entre o diagnóstico e a vinculação.
	<b>G</b> – Uso dos relatórios de <i>gap</i> de tratamento e falha terapêutica como norteadores das discussões de casos nas reuniões semanais da equipe.	Apoiar a discussão dos casos identificados no SIMC em reuniões com a participação da equipe multiprofissional de forma sistemática.
	<b>G</b> – Realização de reuniões semanais para a discussão dos casos encontrados no SIMC.	Garantir que todos os casos identificados no SIMC sejam discutidos em tempo oportuno e sem prejuízo clínico ao usuário.
	<b>A</b> – Busca de usuários faltosos em coletas de exames de CD4 e carga viral.	Identificar usuários que necessitam novo agendamento de coleta de exames para garantir a continuidade, o monitoramento do usuário e a identificação precoce de falhas terapêuticas.

PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas; PVHA: pessoas vivendo com HIV/aids; SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; SIMC: Sistema de Monitoramento Clínico; SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais; TARV: terapia antirretroviral.

\* Também reportado por serviço de grande porte.

Fonte: reuniões de compartilhamento de experiências em monitoramento clínico.

da intervenção e, em julho de 2019, constituíam um total de 860 casos, uma redução de 52% no conjunto de serviços das quatro regiões.

## Discussão

Este modelo de intervenção apresenta uma metodologia efetiva para a melhoria do monitoramento clínico e é reprodutível para outros serviços que acompanham PVHA no país, uma vez que todos dispõem da possibilidade de acesso ao SIMC e ao relatório de atraso de dispensa de terapia antirretroviral gerado pelo SICLOM. Cabe ressaltar que o monitoramento sistemático dos usuários por meio de dados disponíveis no prontuário e dados clínicos provenientes de sistemas de informação é uma estratégia recomendada globalmente para aumentar a retenção ao serviço, a adesão à TARV e a supressão viral <sup>6</sup>.

A intervenção contribuiu para a diminuição do número de usuários “perdidos” entre as etapas de vinculação e tratamento por intermédio do relatório de *gap* de tratamento, e entre o tratamento e a supressão viral por meio do relatório de usuários em falha terapêutica.

No nível sistemático da avaliação e monitoramento, programas e serviços utilizam as etapas do cuidado como parâmetros para a construção de modelos epidemiológicos (cascatas do contínuo do cuidado) que apresentam a distribuição linear e unidirecional dos usuários de determinado conjunto (país, estado, município, serviço, entre outros) em cada uma das etapas descritas, com o propósito final de identificar as lacunas que necessitam de intervenção entre as diferentes etapas <sup>2</sup>. No nível da gestão do cuidado, essas etapas se transformam em uma série de ações assistenciais e gerenciais, concretizadas com base em tecnologias que visam ao atendimento integral do indivíduo. Arranjos organizacionais de ampliação da clínica, como o acolhimento, a discussão de casos em equipe multiprofissional e a elaboração do projeto terapêutico singular, são exemplos de tecnologias que visam à organização do cuidado e devem considerar as especificidades e singularidades de cada usuário <sup>8,9</sup>. A gestão individual do cuidado é necessária para os usuários que na vida real não experimentam o contínuo do cuidado de forma tão simplificada e linear. Esses indivíduos podem sair do contínuo do cuidado por um tempo e retornar (p.ex.: usuários que abandonam o tratamento) <sup>10</sup>.

A intervenção contribuiu para a análise dos casos presentes nesses relatórios e a revisão dos fluxos para a incorporação dessas tecnologias do cuidado individual nos serviços. Processos assistenciais e gerenciais foram revistos com base na identificação de falhas da assistência observadas durante a condução das visitas técnicas. Entre elas: (a) o longo intervalo entre o diagnóstico e a primeira consulta médica; (b) a pouca notoriedade de usuários não inseridos no tratamento; (c) a falta de fluxos definidos para a identificação e abordagem de usuários que faltaram à consulta médica, ou que estão em falha terapêutica; e (d) a insuficiência de trabalho compartilhado com outras instâncias (atenção básica ou Centros de Atenção Psicossocial) no cuidado das PVHA. Ressalta-se que nem todos os serviços reportaram mudanças de processo, fato que pode ocorrer devido à organização prévia de fluxos assistenciais e gerenciais bem definidos, ou ainda pela falta de recursos humanos, reportada pelos serviços como um desafio para a realização deste trabalho.

Um fator facilitador para o bom andamento da intervenção foi o alinhamento entre as finalidades da intervenção e a Estratégia nº 5 do Plano Estratégico 2017-2020 do Programa Estadual de IST/AIDS do Estado de São Paulo. Essa estratégia prevê a ampliação da retenção, do tratamento antirretroviral e da supressão viral das PVHA e os indicadores da estratégia são a redução da porcentagem de PVHA em *gap* de tratamento e de PVHA em falha terapêutica <sup>11</sup>.

Ainda nessa perspectiva, é importante salientar que os serviços participantes da intervenção estão localizados nas quatro regiões de saúde que fazem parte da intervenção QualiRede para a melhoria do desempenho do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C <sup>12</sup>. Ao final da intervenção QualiRede foram desenvolvidos planos regionais de qualificação da rede de cuidados, com metas relacionadas ao monitoramento clínico <sup>13</sup>, e tal fato sem dúvidas contribuiu para a participação de quase 100% dos serviços das quatro regiões de saúde na intervenção para a implementação do monitoramento clínico nos serviços.

Algumas barreiras também acompanharam o desenvolvimento da intervenção. A falta de experiência prévia no manejo do SIMC e a falta de recursos humanos, esta última apontada por todos os serviços, trouxeram a necessidade de introduzir o monitoramento clínico de forma mais lenta nos serviços. Por essa razão, priorizou-se a análise dos casos disponíveis no SIMC (*gap* de tratamento e falha terapêutica), deixando os casos de abandono de TARV para outro momento. Dessa forma, há de se considerar para a próxima intervenção a necessidade de extensão da intervenção para 12 meses, com encontros trimestrais na sede da região de saúde.

## Limitações

A intervenção proposta previa que os serviços realizassem a busca de usuários encontrados nos três relatórios (*gap* de tratamento, falha terapêutica e abandono). Contudo, a falta de recursos humanos disponíveis para a realização desse trabalho fez com que os serviços participantes priorizassem, durante os seis meses em que a intervenção ocorreu, os casos de *gap* de tratamento e falha terapêutica, deixando o monitoramento clínico do abandono de TARV para um segundo momento, a ser realizado entre 2019 e 2020.

Há de se considerar que não se sabe, com precisão, a proporção de casos desses relatórios que corresponde a duplicidades intra e intersistemas, óbitos não registrados e outros fatores que podem superestimar os números encontrados. Do mesmo modo, a redução encontrada durante a intervenção pode estar superestimada em função da correção dessas inconsistências, mas vale lembrar que a responsabilidade pela realização do monitoramento, identificação de duplicidade e solicitação de correção dos cadastros ao Ministério da Saúde é dos serviços.

A identificação de pessoas em TARV realizada pelo DCCI/MS, bem como a inativação do cadastro no SICLOM, o registro de óbitos no SISCEL ou SICLOM e o monitoramento do óbito no SIMC, realizados por outras instâncias, como a vigilância epidemiológica ou outros serviços da rede, também podem superestimar a diminuição de usuários em *gap* e falha terapêutica encontrada nos serviços como resultado da intervenção.

Outro ponto importante quando analisamos esses resultados é o fato dos relatórios serem dinâmicos, e incluem usuários novos a cada mês; ou seja, podem existir nas listas mais recentes usuários cujo diagnóstico e/ou coleta do primeiro exame de carga viral e/ou CD4 tenha acontecido após a emissão do primeiro relatório e que, portanto, não estavam na contagem do *gap* no início da intervenção, ou ainda, usuários cuja carga viral foi detectável no último mês, subestimando os resultados encontrados.

Cabe ressaltar que o período de acompanhamento e comparação dos resultados pode ser considerado curto e limitar as conclusões a respeito da intervenção utilizada, principalmente com relação à sustentabilidade das práticas de monitoramento clínico em longo prazo. Apesar de todas essas considerações, observa-se uma redução importante no número de usuários pendentes de análise e em falha terapêutica entre os 21 serviços participantes, sinalizando que a cultura do monitoramento clínico foi implantada nos serviços.

## Perspectivas

Observados os resultados desta intervenção na implementação do monitoramento clínico e qualificação do cuidado a PVHA, o CRT-DST/AIDS resolveu expandir este trabalho para outros 30 serviços de outras nove regiões de saúde entre 2019 e 2020. Nessa nova fase da intervenção será considerada a sugestão dos serviços de prolongar o tempo da intervenção e de acompanhamento, possibilitando o monitoramento e a troca de experiências em monitoramento clínico por tempo maior. Espera-se que essa mudança propicie a realização do trabalho de identificação e busca de usuários dos três relatórios.

## Conclusão

A reestruturação da intervenção, considerando-se a discussão de casos nos serviços de saúde e a troca de experiências entre os serviços, contribuiu para a implementação do monitoramento clínico nos serviços que acompanham PVHA. A nova intervenção também contribuiu para a reorganização de fluxos gerais de assistência e gerência que visam à melhoria da qualidade do cuidado ofertado. Nota-se que as mudanças de processo ocorreram de acordo com as necessidades próprias de cada serviço.

A participação dos profissionais da equipe multiprofissional, bem como a utilização de casos reais dos serviços para as discussões, incluindo informações provenientes de prontuários, histórico de exames de carga viral e histórico de dispensa de medicamentos parecem ser fatores preditores para a implementação do monitoramento clínico. Ainda assim, a insuficiência de recursos humanos para a realização do monitoramento foi reportada por todos os serviços envolvidos e é um desafio que precisa ser superado.

## Colaboradores

Todos os autores contribuíram em todas as etapas de produção do artigo.

## Informações adicionais

ORCID: Ana Paula Loch (0000-0002-1725-4213); Joselita Maria de Magalhães Caraciolo (0000-0001-9170-0982); Simone Queiroz Rocha (0000-0002-9689-5149); Mylva Fonsi (0000-0002-9242-4630); Rosa de Alencar Souza (0000-0002-7930-0203); Maria Clara Gianna (0000-0002-4685-9596); Alexandre Gonçalves (0000-0001-7753-6549); Artur Olhovetchi Kalichman (0000-0002-8912-6042).

## Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde por viabilizarem a contratação de uma apoiadora para a reestruturação e desenvolvimento da intervenção. A todos os profissionais dos serviços participantes da intervenção por acreditarem no monitoramento clínico como ferramenta de gestão do cuidado individual.

## Referências

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016; 375:830-9.
3. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento clínico do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol* 2015; 3:32.
5. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *Health Policy* 2018; 392:2214-28.
6. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC guidelines for optimizing the HIV care continuum for adults and adolescents. *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2015; 14 Suppl 1:S3-34.

7. Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchior R, et al. Avaliação de serviços de saúde: a experiência do QualiAids. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
8. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS. Manual de gestão da rede e dos serviços de saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2017.
9. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Programa Municipal de DST/AIDS. Linha de cuidados de IST/AIDS. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2018.
10. Kay ES, Batey S, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Res Ther* 2016; 13:35.
11. Cervantes VA, Dantas JCO, Vilela MC, Caraciolo JMM, Tancredi MV. Planejamento estratégico do Programa Estadual de IST/AIDS SP 2017-2020. São Paulo: Programa Estadual de IST/AIDS; 2017.
12. Nemes MIB, Castanheira EL, Alves AM, Adania C, Loch AP, Monroe AA, et al. A intervenção QualiRede: melhoria do desempenho do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C em regiões de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22 Suppl 1:e190010.
13. Nemes MIB, Nemes Filho A, Alves AM, Loch AP, Adania C, da Silva FL, et al. Projeto QualiRede – Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Planos regionais de qualificação da rede de cuidados em IST, HIV/AIDS e hepatites virais das regiões do Alto Tietê, Grande ABC, Registro e Baixada Santista. São Paulo; 2017. <https://www.qualirede.org/planos-regionais> (acessado em 27/Jun/2019).



## Abstract

*The clinical monitoring of people living with HIV/AIDS (PLWHA) contributes to identifying and managing cases of individuals who have not begun treatment (gap), those experiencing treatment failure or who have abandoned treatment. This article sought to present and discuss the development of a methodology to implement the clinical monitoring of PLWHA in the services of the Brazilian Unified National Health System (SUS). The methodology used since 2014 by the CRT-STI/AIDS-Coordination of the STI/AIDS Program, São Paulo State, Brazil, was re-structured in three meetings between June and August 2018. The new methodology retained the axes of presentation of number of users in treatment failure, gap or abandonment in the participant services, as well as the discussion of individual, social and programmatic vulnerabilities. A new axis was added which directs the discussion of the possibilities of reorganizing service care flows and management practices. Additionally, the intervention started to be carried out in health services, with the participation of a higher number of professionals from the multi-professional team, discussion of cases, workflows and processes, and regional meetings to exchange clinical monitoring experiences between services. The re-structuring of the methodology contributed to a reduction in treatment gap, a reorganization of care flows and the inclusion of clinical monitoring as a management tool in services specialized in providing care to PLWHA. This methodology can be implemented by other state programs, municipalities and services, since all have access to the same information sources used in this intervention.*

*Process Assessment (Health Care); Treatment Adherence; Unified Health System; HIV; Implementation Science*

## Resumen

*El monitoreo clínico de personas afectadas por el VIH/SIDA (PVHA) contribuye a la identificación y gestión de caso de personas sin inicio de tratamiento (gap), con fallos en la parte terapéutica y abandono del tratamiento. El objetivo de este artículo es presentar y discutir el desarrollo de una metodología para la implementación del monitoreo clínico de las PVHA en servicios del Sistema Único de Salud (SUS). La metodología utilizada desde 2014 por el CRT-ETS/SIDA-Coordinación del Programa Estatal de ETS/SIDA del Estado de São Paulo, Brasil, fue reestructurada en tres reuniones, durante el período de junio a agosto de 2018. Se mantuvieron los ejes de presentación del número de usuarios con fallos en la parte terapéutica, gap y con abandono de tratamiento en los servicios participantes estudiados, así como la discusión de vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas. Se añadió un nuevo eje que vertebra la discusión sobre las posibilidades de reorganización de los flujos asistenciales y prácticas de gestión del servicio. Asimismo, la intervención pasó a realizarse en los servicios de salud, con la participación de un mayor número de profesionales del equipo multiprofesional, discusión de casos, flujos y procesos de trabajo, así como encuentros regionales para el intercambio de experiencias en el monitoreo clínico entre los servicios. La reestructuración de la metodología contribuyó a la disminución del gap en el tratamiento, la reorganización de flujos asistenciales, así como la inclusión del monitoreo clínico como herramienta de gestión en los servicios de asistencia especializada a las PVHA. Esta metodología puede ser implementada en otros programas estatales, municipios y servicios, ya que todos tienen acceso a las mismas fuentes de información usadas en esta intervención.*

*Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Adherencia al Tratamiento; Sistema Único de Salud; VIH; Ciencia de la Implementación*

Recebido em 17/Jul/2019

Versão final reapresentada em 21/Fev/2020

Aprovado em 12/Mar/2020