

A intervenção QualiRede: melhoria do desempenho do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C em regiões de saúde

The QualiRede intervention: improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions

Maria Ines Battistella Nemes^I , Elen Rose Lodeiro Castanheira^{II}, Ana Maroso Alves^{III}, Carolina Simone Souza Adania^I, Ana Paula Loch^I, Aline Aparecida Monroe^{II}, Rosa Alencar Souza^{IV}, Maria Clara Gianna^V, Sirlene Caminada^V, Norma Suely de Oliveira Farias^V, Paula de Oliveira e Sousa^{VI}, Carmen Silva Bruniera Domingues^V, Mariliza Henrique da Silva^V, Vilma Cervantes^V, Juliana Yamashiro^V, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo^{IV}, Fabiano Lima da Silva^I, Alexandre Nemes Filho^I, Gabriel Lima de Jesus^I, Ernani Tiaraju de Santa Helena^V, José Francisco Gontan Albiero^{VII}, Marcela Soares Silveira Lima^I, Renata Bellenzani^{VIII}, Ruth Terezinha Kehrig^{IX}, Felipe Campos do Vale^I, Luceime Olívia Nunes^{II}, Carolina Siqueira Mendonça^I, Thais Fernanda Tortorelli Zarili^I, Mara Cristina Vilela^V, Jean Carlos de Oliveira Dantas^V, Ivone de Paula^V, Ângela Tayra^V, Débora Moraes Coelho^V, Glauber Palha dos Santos^{III}, Dulce Castro Quevedo^X, Marcia Aparecida da Silva^X, Iraci Batista da Silva^X, Mariana Arantes Nasser^{XI}, Marta Campagnoni Andrade^I, Maria Altenfelder Santos^I, Juliana Mercuri^I, Katia Valeska Trindade^V, Maria Aparecida Teixeira das Neves^{XII}, Renata Villanueva Alves de Toledo^{XII}, Maria Cecília Rossi de Almeida^{XII}, Iraty Nunes Lima^{XII} (in memoriam)

RESUMO: *Introdução:* Modelos de cuidado contínuo baseiam recentes estratégias em HIV, infecções sexualmente transmissíveis e hepatite C (HCV). *Métodos:* Desenvolveram-se modelos de contínuo do cuidado em HIV, HCV e sífilis congênita incluindo todas as etapas da atenção, desde a promoção e a prevenção até o controle clínico/cura. O modelo baseou a intervenção *QualiRede*, desenvolvida em parceria entre universidade e Sistema Único de Saúde (SUS), direcionada a gestores e demais profissionais de 6 regiões de saúde prioritárias em São Paulo e Santa Catarina. Selecionaram-se indicadores para cada etapa do contínuo do cuidado, provenientes dos sistemas de informação do SUS e dos questionários de avaliação de processo *Qualiaids* e *QualiAB*. Os indicadores formaram a base técnica de duas oficinas com profissionais e gestores de cada região: a primeira para identificar problemas e formar um Grupo Técnico Regional; e a segunda para construir planos de ação e metas a fim de melhorar o desempenho regional. *Resultados:* Os indicadores estão disponíveis no *website* www.qualirede.org. As oficinas ocorreram em quatro regiões de São Paulo (Alto Tietê, Baixada Santista, Grande ABC e Registro) e uma região de Santa Catarina (Foz do Rio Itajaí), resultando em planos regionais em São Paulo, mas não em Santa Catarina. Observou-se domínio limitado dos novos protocolos para HIV e HCV e uso incipiente de indicadores na rotina dos serviços. *Conclusão:* Melhorar o desempenho do contínuo do cuidado exige apropriação dos indicadores de desempenho e coordenação integrada dos fluxos de atenção em todos os níveis de gestão. *Palavras-chave:* Infecções sexualmente transmissíveis. HIV. Hepatite C. Serviços de saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Avaliação de serviços de saúde.

^IFaculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – Botucatu (SP), Brasil.

^{III}Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

^{IV}Programa Estadual de DST/Aids, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^VPrograma Estadual de Hepatites Virais, Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{VI}Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Regional da Blumenau – Blumenau (SC), Brasil.

^{VII}Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Paranaíba (MS), Brasil.

^{VIII}Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.

^{IX}Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

^XCoordenação da Atenção Básica, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

^{XI}Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{XII}Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autora correspondente: Maria Ines Battistella Nemes. Avenida Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César, CEP: 01246-903, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mibnemes@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (SUS); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp); Secretarias de Estado da Saúde de São Paulo e de Santa Catarina.

ABSTRACT: Introduction: Care continuum models have supported recent strategies against sexually transmitted diseases, such as HIV and Hepatitis C (HCV). **Methods:** HIV, HCV, and congenital syphilis care continuum models were developed, including all stages of care, from promotion/prevention to clinical control/cure. The models supported the intervention *QualiRede*, developed by a University-Brazilian National Health System (SUS) partnership focused on managers and other professionals from six priority health regions in São Paulo and Santa Catarina. Indicators were selected for each stage of the care continuum from the SUS information systems and from the *Qualiaids* and *QualiAB* facility's process evaluation questionnaires. The indicators acted as the technical basis of two workshops with professionals and managers in each region: the first one to identify problems and to create a Regional Technical Group; and the second one to design action plans for improving regional performance. **Results:** The indicators are available at www.qualirede.org. The workshops took place in the regions of Alto Tietê, Baixada Santista, Grande ABC, and Registro (São Paulo) and of Foz do Rio Itajaí (Santa Catarina), which resulted in regional action plans in São Paulo, but not in Santa Catarina. A lack of awareness was observed regarding the new HIV and HCV protocols, as well as an incipient use of indicators in routine practices. **Conclusion:** Improving the performance of the care continuum requires appropriation of performance indicators and coordination of care flows at local, regional, and state levels of management.

Keywords: Sexually transmitted diseases. HIV. Hepatitis C. Health services. Care continuum. Health services evaluation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, como em todo o mundo, é amplamente reconhecida a necessidade de articular e aprimorar a atenção integral em infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/aids e hepatites B e C. No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção a esses agravos é realizada por serviços de características institucionais, com modelos de cuidado e incorporação de tecnologias materiais e de processo muito diversos. A atenção a estes agravos experimentou importantes inovações na década de 2010: novos protocolos de tratamento para HIV¹ e Hepatite C² e o uso de medicamentos na profilaxia pós (PEP)³ e pré-exposição sexual (Prep)⁴ ao HIV foram incorporados. No campo das IST, a vacinação contra hepatite B, além de compor o calendário vacinal infantil, foi estendida para toda a população⁵. Por outro lado, persiste o número de casos de sífilis congênita ainda distante da meta de eliminação já alcançada em vários países^{6,7}.

No contexto internacional da década, destacaram-se importantes mudanças na atenção em HIV. A possibilidade de reduzir acentuadamente a transmissão por pacientes com níveis muito baixos de carga viral⁸ baseou a estratégia *TasP* (*treatment as prevention*), considerada capaz de acabar com a epidemia da aids⁹. Tal estratégia passou a orientar um parâmetro de resposta nacional à epidemia baseada em um modelo de cascata que estima o número de pessoas infectadas nas etapas de engajamento no sistema de saúde, ilustrando as “perdas” que ocorrem entre o diagnóstico, a vinculação ao serviço, a manutenção do seguimento, a instituição da terapia antirretroviral (TARV) e a supressão da carga viral¹⁰. A cascata baseou a proposição, em 2013, da nova estratégia de atenção denominada *HIV Care Continuum*¹¹.

No mesmo ano, Brasil instituiu o protocolo de TARV logo após o diagnóstico de HIV, independentemente do estado imunitário do paciente¹. Em 2015, adotou a meta UnaidS “90-90-90” (90% dos infectados diagnosticados, 90% dos diagnosticados tratados, 90% dos tratados com supressão viral)¹⁰. Intensificaram-se ainda as proposições de “prevenção combinada”^{12,13} incluindo antirretrovirais na profilaxia da exposição sexual¹⁴.

Considerando o contexto internacional, foi realizado em 2013-2015, na rede de atenção à saúde de Bauru (SP) um projeto piloto que testou uma metodologia de qualificação de redes de cuidado em HIV e sífilis congênita (PPSUS-Fapesp 2012/51223-7). O objetivo foi fomentar a construção de um plano regional de melhoria do desempenho dos serviços. Foram convidados para participar de oficinas de trabalho gestores e profissionais de todos os serviços envolvidos no cuidado a estes agravos, desde a atenção básica até a hospitalar, bem como representantes da sociedade civil organizada.

O material de apoio reuniu indicadores locais de processo, resultados e impactos, apresentados segundo as etapas de um modelo de contínuo do cuidado. O novo modelo ampliou o original¹⁵, ao incluir as etapas de promoção da saúde sexual e reprodutiva¹⁶ e de prevenção das infecções, explicitando ainda prioridades e serviços centrais para cada etapa. O projeto mostrou factibilidade e aceitabilidade^{17,18}, contando com apoio logístico e técnico do Programa Estadual de DST/Aids-SP (PE-DST/Aids), integrando-o à iniciativa de qualificação das redes regionais de cuidado já em andamento no estado¹⁹.

Essa iniciativa de São Paulo incluía as hepatites virais, que também experimentavam mudanças, em especial a introdução de tratamento medicamentoso de alta efetividade²⁰, incorporado ao protocolo brasileiro em 2016², e a proposição de um contínuo semelhante ao modelo do HIV, o *continuum of viral hepatitis services*²¹.

A consonância programática do projeto piloto com as iniciativas da gestão do SUS de qualificação das redes de cuidado oportunizou a proposição de metodologia semelhante, agora estendida para a hepatite C (HCV): o projeto de intervenção QualiRede HIV, Hepatite C e Sífilis Congênita. Este artigo objetiva analisar possibilidades e limites desta intervenção e contribuir para as iniciativas de aprimoramento da atenção em HIV, HCV e sífilis congênita nos vários níveis de gestão do SUS.

MÉTODOS

A intervenção QualiRede foi planejada para 6 regiões de saúde eleitas pelos gestores estaduais de São Paulo e Santa Catarina, um dos 3 estados cuja situação epidemiológica ensejara iniciativa do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIAHV) de cooperação interfederativa para implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da epidemia de HIV/Aids, focada em 12 municípios prioritários^{22,23}. Essa intervenção foi planejada e conduzida em parceria entre o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisadores de outras universidades, o DIAHV e os Programas Estaduais de DST, HIV/AIDS e de Hepatites Virais de São Paulo e Santa Catarina (QualiRede-PROADI-SUS 25000.169071/2015-41).

A metodologia foi guiada pela seguinte hipótese sobre a situação da atenção aos agravos focados: (1) há sistemas de informação acessíveis que provêm indicadores epidemiológicos, operacionais e de resultados clínicos, bem como relatórios de resultados de inquéritos com instrumentos validados de avaliação dos processos de organização da atenção ambulatorial em HIV. Porém, parte dos gestores e profissionais tem conhecimento insuficiente destes dados ou os subutiliza; (2) o conhecimento das novas tecnologias de cuidado em HIV e HCV é insuficiente nos serviços não especializados; (3) a comunicação entre serviços de níveis diferentes de atenção é incipiente, o que agrava a dificuldade de disseminar e incorporar novas tecnologias.

A principal diretriz que guiou o processo da intervenção foi fomentar o protagonismo dos gestores estaduais, regionais e municipais e o engajamento dos profissionais que atuam na assistência direta nos diferentes serviços. O primeiro passo metodológico foi definir o modelo lógico da intervenção²⁴ que explicita o modelo QualiRede do contínuo do cuidado (Quadro 1) e dos indicadores que comporiam a base técnica da intervenção. A definição de indicadores e todos os demais passos da intervenção foram planejados em encontros dos autores deste trabalho e em reuniões presenciais e virtuais com gestores do nível federal e dos níveis regionais. Ao todo, foram realizadas 39 reuniões.

Para cada etapa do contínuo, foram produzidos indicadores de processo dos serviços locais, por meio dos questionários de avaliação pré-validados Qualiaids (para os serviços que dispõem de TARV)^{25,26} e QualiAB (para os serviços de atenção básica)²⁷. As Secretarias de Saúde de ambos os estados decidiram convidar todos os serviços cadastrados a responderem os questionários, e não apenas os serviços das regiões do QualiRede.

Das respostas aos inquéritos, foram selecionados 132 indicadores do Qualiaids, agrupados em: *Coordenação geral do trabalho* (26), *Organização geral da assistência médica e de outros profissionais* (34), *Atividades de adesão ao tratamento e acolhimento de pacientes novos* (15), *Disponibilidade de insumos, medicamentos, exames e referências* (49) e *Utilização de registros, avaliação, monitoramento e planejamento* (8). Foram selecionados 176 indicadores do questionário QualiAB, em sua dimensão de Saúde sexual e reprodutiva (SSR)²⁸, agrupados em *Promoção à saúde sexual e reprodutiva* (48), *Prevenção e assistência às IST/aids* (80) e *Atenção à saúde reprodutiva* (48).

Dos sistemas de informação SUS foram extraídos os dados para o cálculo de indicadores de base estadual, regional e municipal, relativos a processos e resultados clínicos (33) e de impacto populacional (8). A partir dos dados dos sistemas e da literatura foram estimadas as cascatas dos agravos para cada estado. Os indicadores, classificados por agravo, região e etapa do contínuo, estão publicados no *website* da intervenção⁽¹⁾. A Figura 1 apresenta o formato das cascatas e exemplos de indicadores coletados.

Os próximos passos foram organizar reuniões preparatórias no município sede de cada região, formar grupos técnicos regionais (GTR) e realizar oficinas regionais de desenvolvimento de plano de ação e metas, conforme sintetizado na Figura 2.

⁽¹⁾Disponível em: www.qualirede.org

Quadro 1. Modelo lógico da intervenção QualiRede – HIV, sífilis congênita, hepatite C, 2016-2017, Brasil.

	Promoção	Prevenção	Diagnóstico	Vinculação	Tratamento	Retenção	Adesão	Supressão
Finalidade	Bem-estar na vivência da sexualidade	Evitar novas infecções	Diagnosticar as infecções	Vincular os diagnosticados ao serviço de saúde.	Ofertar tratamento para todos	Incentivar a manutenção do seguimento no serviço	Incentivar a adesão ao tratamento	Promover o bom desfecho clínico
Prioridade HIV	Reduzir o risco de infecção entre jovens	Ampliar o acesso a insumos de prevenção entre grupos mais vulneráveis	Ampliar testagem entre grupos mais vulneráveis	Monitorar proporção da vinculação de pessoas diagnosticadas	Eliminar <i>gap</i> de TARV e ofertar TARV a todos os diagnosticados	Reduzir o abandono de seguimento	Reduzir falhas terapêuticas por adesão inadequada	Monitorar evolução da carga viral de todas as pessoas em TARV
Prioridade Sífilis Congênita	Reduzir risco de infecção em mulheres em idade reprodutiva	Aumentar a oferta de insumos de prevenção a mulheres em idade reprodutiva e a vinculação precoce ao pré-natal entre gestantes de grupos mais vulneráveis. Monitorar o cumprimento do protocolo de testagens durante o pré-natal			Monitorar a adequação ao protocolo de tratamento com penicilina benzatina em todas as gestantes diagnosticadas com sífilis. Identificar e promover o reengajamento no pré-natal		Reduzir casos de sífilis congênita em níveis de eliminação	
Prioridade Hepatite C	Reduzir risco de infecção em populações vulneráveis	Eliminar transmissão do HCV com ações específicas	Testar todos os indivíduos pelo menos uma vez na vida	Encaminhar os diagnosticados para realizar a carga viral e/ou tratamento	Tratar todos os pacientes conforme o PCDT-MS de 2015	Incentivar e monitorar a manutenção do seguimento e adesão ao tratamento e monitorar a resposta virológica sustentada.		

Gap: pessoas com contagem de linfócitos CD4 < 250 que não estão em tratamento antirretroviral (TARV); PCDT-MS: Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para tratamento de HCV, atualizado pelo Ministério da Saúde em 7 de junho de 2018.

Exemplos de indicadores utilizados nas oficinas

Promoção: Prostituição na adolescência é abordada em ações na comunidade para atenção ao adolescente.

Fonte: QualiAB-SSR. **Prevenção:** Dispensação de profilaxia pós exposição (PEP) por ponto de atenção e tipo exposição (sexual, ocupacional, violência). **Fonte:** Sistema de controle de exame laboratoriais (SISCEL).

Diagnóstico: Em caso sugestivo de infecção sexualmente transmissível (IST), é realizado teste para hepatites virais (HCV). **Fonte:** QualiAB-SSR.

Vinculação: O intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento e a consulta é inferior a uma semana.

Fonte: Questionário Qualiaids. **Tratamento:** Número de pacientes em acompanhamento no serviço que nunca receberam tratamento antirretroviral (TARV). **Fonte:** Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC).

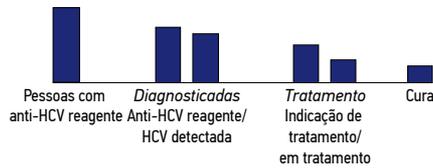
Retenção: O critério de abandono para pacientes em TARV é definido pela não retirada dos antirretrovirais a partir de 3 meses da data prevista ou não retorno às consultas em 6 meses, com ou sem outros critérios. **Fonte:** Qualiaids.

Adesão: A adesão à TARV é avaliada predominantemente por meio do monitoramento da retirada de medicamentos utilizando o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), planilhas ou outras formas de controle da farmácia. **Fonte:** Qualiaids. **Supressão:** Número de pacientes com carga viral detectável após 6 meses de TARV. **Fonte:** Sistema de monitoramento clínico (SIMC).

Modelos de cascatas utilizados nas oficinas
Cascatas da sífilis na gestação



Cascata da Hepite C



Cascata do HIV

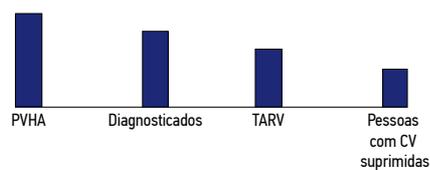


Figura 1. Modelos de cascatas desenvolvidos para intervenção e tipos de indicadores utilizados. Anti-HCV reagente/PCR HCV: Exame de carga viral do HCV (HCV-RNA), realizado por técnica de *polymerase chain reaction* (PCR), para confirmar a infecção pelo vírus da hepatite C; PVHA: Pessoas vivendo com HIV/aids; Pessoas com CV suprimida: aquelas que apresentaram resultado com carga viral inferior à 100 cópias/mL.

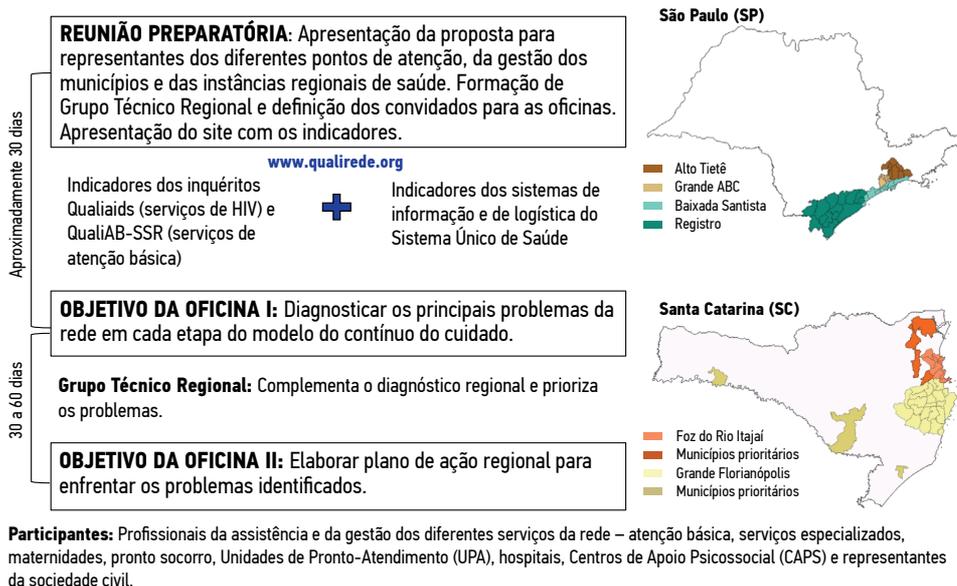


Figura 2. Modelo geral da metodologia das oficinas de trabalho da intervenção QualiRede – HIV, sífilis congênita, hepatite C, e regiões participantes, Brasil, 2016-2017.

Foram planejadas duas oficinas em cada região, constituídas por palestra de apresentação, trabalho em grupos e plenária de conclusão. O trabalho dos grupos foi organizado por meio de roteiros previamente elaborados segundo o modelo lógico adaptado para cada agravo. A Oficina 1 trabalhou com a disseminação do modelo e a identificação de problemas ao longo das etapas do contínuo do cuidado. A Oficina 2 foi estruturada sobre os problemas priorizados para cada etapa do contínuo, visando enfrentá-los através da elaboração de planos de ações.

Os participantes foram organizados com base em suas preferências e inserções nos serviços ou na gestão, de modo a garantir que todos os grupos fossem compostos por participantes de diferentes níveis de atenção.

Nas duas oficinas a discussão foi coordenada e registrada pela equipe do projeto. Ao final de cada oficina a equipe realizou avaliação imediata em roda de conversa e, posteriormente, reuniões para avaliação e adequação dos roteiros das oficinas seguintes.

O GTR, composto por gestores regionais e municipais, atuou na definição dos convidados para as oficinas, na priorização dos problemas, bem como na edição e implantação dos planos de ação resultantes. Desde a reunião preparatória e durante toda a intervenção, buscou-se manter o estímulo ao seu papel essencial na condução dos processos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (CEP-FMUSP), sob o protocolo nº 15736, com aprovação em 14 de outubro de 2016.

RESULTADOS

Na primeira fase, de coleta dos indicadores de processo, a taxa de resposta das regiões do projeto QualiRede ao Qualiaids foi de 100% em ambos os estados e, ao QualiAB, foi de 62% em São Paulo e 73% em Santa Catarina.

Para os indicadores provenientes dos sistemas do SUS, houve dificuldades na coleta de indicadores municipais. Embora tenha sido acordado na reunião preparatória o envio oportuno de 24 indicadores locais para a Oficina 1, dos 56 municípios participantes, apenas 10 enviaram parte dos indicadores solicitados e somente 4 enviaram todos.

As oficinas aconteceram em 2017, em 4 regiões de São Paulo (Alto Tietê, Baixada Santista, Grande ABC e Registro) e em uma região de Santa Catarina (Foz do Rio Itajaí e municípios prioritários). Não foi possível realizar as oficinas na região Grande Florianópolis. Tendo em vista a alta proporção de resposta dos serviços de atenção básica de Santa Catarina ao QualiAB, foi realizada uma oficina não prevista no desenho original, para a qual a coordenação estadual de atenção básica convidou todos os gerentes e profissionais do estado (Tabela 1). Essa oficina apresentou os resultados do QualiAB, com ênfase na dimensão SSR, e discutiu formas de utilizar os resultados para planejar atividades nos serviços e programas municipais, com destaque para as ações relacionadas à sífilis congênita.

Nas cinco regiões do QualiRede onde foi realizada a Oficina 1, 75% dos participantes da Oficina 1 também participaram da Oficina 2.

Tabela 1. Número de profissionais participantes das oficinas segundo tipo de serviço, em São Paulo e Santa Catarina. QualiRede, 2017.

Oficina 1		Municípios		Participantes					
UF	Região	Convidados	Participantes	AB	AE	Hosp./ Mat.	Gestão	Não informado	Total de participantes
SP	Alto Tietê	11	11	22	32	17	46	11	128
	Baixada Santista	9	9	6	29	7	14	20	76
	Grande ABC	7	7	13	20	2	44	8	87
	Registro	15	14	7	6	3	31	16	63
SC	Foz do Rio Itajaí + 4 municípios prioritários	15	13	13	21	2	24	9	69
	Oficina ampliada QualiAB-SSR	...	50	63	3	-	23	-	89
Oficina 2									
SP	Alto Tietê	11	11	18	25	5	25	14	87
	Baixada Santista	9	9	14	26	4	24	3	71
	Grande ABC	7	7	8	9	7	16	44	84
	Registro	14	15	22	5	4	42	9	82
SC	Foz do Rio Itajaí + municípios prioritários	15	9	4	15	-	16	4	39
TOTAL		56	51	190	191	51	305	138	875

AB: profissionais que trabalham na assistência em Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família; AE: profissionais que atuam na assistência especializada em ambulatórios que prestam assistência em HIV, hepatites virais e Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Hosp./Mat.: Profissionais que atuam na assistência em hospitais, prontos-socorros e/ou maternidades. Reticências indicam que não foi possível determinar quantos municípios foram convidados.

A instabilidade ou ausência de internet em todos os locais das oficinas impossibilitou o uso do *website*, cuja disseminação se deu apenas na forma de apresentação de slides.

Os modelos do contínuo do cuidado orientaram a atividade em grupo. A discussão por etapas do contínuo estimulou relatos sobre o cotidiano nos serviços e autocriticas sobre a insuficiência de sistematização e avaliação do próprio trabalho. No entanto, houve dificuldade em alguns grupos, que tendiam a identificar problemas de desempenho baseados em experiências individuais, desconsiderando os indicadores.

O conhecimento dos protocolos de tratamento do HIV – o de 2013, atualizado em 2018²⁹, e o de profilaxia pós-exposição sexual, de 2010³⁰ – mostrou-se insuficiente, principalmente por parte dos profissionais da atenção básica. O conhecimento incipiente em relação à relevância da testagem da HCV em maiores de 40 anos e do novo protocolo de tratamento foi geral, à exceção dos profissionais que atuam na assistência direta a pacientes de HCV.

Em São Paulo, as oficinas redundaram no desenvolvimento de planos regionais para enfrentar os problemas identificados e na manutenção de GTR. A edição final dos planos das 4 regiões foi lançada no final de 2017, em seminário que reuniu integrantes dos GTR, coordenações dos Programas de DST/Aids e de Hepatites Virais e da Atenção Básica, representante da equipe central da Secretaria de Saúde e pesquisadores das universidades envolvidas. Os GTR permanecem ativos nestas regiões, e o modelo da intervenção^{31,32} está sendo estendido para outras 15 regiões (Quadro 2).

Quadro 2. Exemplos de resultados em 4 regiões da intervenção e atividades de expansão do modelo da intervenção para outras regiões de São Paulo.

Alto Tietê	<ul style="list-style-type: none"> – Realização do Fórum Regional de Prevenção Saúde/Educação: Juntos na Prevenção, para discussão de ações de prevenção para jovens, no âmbito das escolas estaduais e dos serviços de saúde. – Elaboração do Plano Municipal de Ação para Populações Jovens. – Capacitação regional para execução do teste de sensibilidade à penicilina.
Registro	<ul style="list-style-type: none"> – Implantação de Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP) em uma Unidade de Pronto Atendimento municipal (UPA). – Incorporação da discussão dos casos de sífilis congênita no Comitê Regional de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil (CRMMI). – Instituição de um Grupo de Trabalho Regional com representantes da diretorias regionais de saúde (DRS), maternidades e GTR para organização do acesso à criança com sífilis congênita à avaliação e acompanhamento com especialistas.
Baixada Santista	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitação para utilização do Sistema de Monitoramento Clínico (Simc). – Capacitação em prevenção e diagnóstico da hepatite C: definição de populações vulneráveis, estratégias para oferta de testagem. – Atualização em manejo clínico da hepatite C.
Grande ABC	<ul style="list-style-type: none"> – Atualização sobre o manejo de PEP. – Instituição do Fórum Mensal Regional sobre Vinculação e Retenção, coordenado pelo Grupo Técnico Regional. – Reorganização das referências para especialidades/exames/internação de pessoas vivendo com HIV/aids e portadores de hepatites virais.
Atividades de expansão da intervenção, até outubro de 2018	
Reunião preparatória: realizada em 11 regiões	
Pactuação em Comissão Intergestora Regional: realizada em 7 regiões	

Oficina 1: realizada em 3 regiões

Oficina 2: Realizada em uma região

Em Santa Catarina, as oficinas QualiRede não resultaram na construção de planos de ação, manutenção do GTR ou desdobramentos que sejam do conhecimento da gestão estadual do programa. Tampouco houve relatos de desdobramentos da oficina de avaliação da atenção básica.

Ao final de cada oficina, os participantes foram convidados a responder uma avaliação anônima estruturada. Entre os 688 respondentes (85% dos participantes), 91% concordaram que “a formação dos grupos propiciou discussões técnicas qualificadas”; 85% que “os participantes da oficina representaram a rede de atenção nos três agravos enfocados”; e 94% que “os conteúdos abordados foram importantes para a discussão sobre a situação da rede na região”.

O *website* da intervenção, já citado, teve baixa utilização. Entre os respondentes da avaliação, 50% disseram que “não acessaram o site”, e entre os que acessaram, apenas 16% “visitaram as páginas dos indicadores”. Análise realizada por meio do Google Analytics mostrou que durante o período das oficinas (20 de abril a 7 de dezembro de 2017), houve 794 acessos originados de apenas 8 dos 56 municípios que participaram da intervenção. O *website* apresenta dois vídeos sobre a intervenção, divulgados também no YouTube, que tiveram, juntos, 246 visualizações até outubro de 2018.

DISCUSSÃO

As oficinas, principais ferramentas da intervenção QualiRede, mostraram-se factíveis e aceitáveis nas 4 regiões previstas em São Paulo e em uma das duas regiões previstas de Santa Catarina. Houve, porém, importante diferença na implementação e nos produtos das oficinas entre os estados.

A diversidade dos contextos estaduais, ao lado das dificuldades de implementação das redes de cuidado podem explicar parte dessa diferença. Reconhecidas em vários estudos³³⁻³⁵, algumas dessas dificuldades conformam barreiras para a implantação do trabalho em rede, entre estas a fragmentação do sistema de saúde, composto por instâncias sem vinculação administrativa e com pouca tradição de vinculação organizacional, que parece ter influenciado mais negativamente o contexto da intervenção em Santa Catarina.

Especificamente em Santa Catarina foi possível observar fragilidade na articulação do nível estadual do Programa de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais com os serviços municipais. Essa fragilidade foi parcialmente enfrentada na região da Foz do Rio do Itajaí, onde foi possível ao menos realizar as oficinas; no entanto, impossibilitou a intervenção na região da Grande Florianópolis, cujo principal município – Florianópolis – recusou-se a responder o QualiAB e a participar da intervenção. Ainda, houve pouco empenho do nível estadual para integrar as ações do QualiRede com as da cooperação interfederativa. Este insuficiente empenho esteve também no centro do insucesso das oficinas em produzir planos de trabalho.

O contexto foi mais favorável em São Paulo, onde o PE-DST/Aids, apesar de não ser administrativamente vinculado aos serviços de assistência, tem longa tradição de trabalho em conjunto, realizando fóruns de discussão e atividades de supervisão, avaliação e monitoramento. Ademais, tem parceria orgânica com o Programa Estadual de Hepatites Virais e desenvolve ações específicas dirigidas à atenção básica, além de manter longa parceria de pesquisa com universidades³⁶. Estas características, ao lado da cooperação no projeto piloto, possibilitaram melhor desenvolvimento da intervenção em São Paulo.

Os modelos de contínuo do cuidado adaptados para os três agravos exerceram papel essencial na intervenção. Operando como eixos condutores das discussões, permitiram um grau apropriado de homogeneidade conceitual metodológica na condução dos grupos por parte dos coordenadores e garantiram que todas as etapas do contínuo fossem trabalhadas.

Assim, foi adequada a metodologia da Oficina 1 que, ao objetivar a disseminação do conhecimento acerca do contínuo do cuidado, oportunizou a difusão das novas tecnologias de prevenção e cuidado. A composição dos grupos, garantindo a presença de profissionais que atuam diretamente nos agravos e em diferentes pontos da rede, contribuiu para essa disseminação e para que cada participante conhecesse o trabalho dos outros profissionais e o trabalho desenvolvido em outros pontos da rede.

A inclusão das etapas de promoção e prevenção no contínuo do cuidado foi produtiva, pois, embora tenham importância no plano discursivo do SUS, as ações de prevenção e, destacadamente, as de promoção, são ainda incipientes no plano das práticas dos serviços, mesmo entre os serviços de atenção primária, frequentemente apontados como ponto de atenção estratégicos para essas ações^{16,37-39}.

Ainda em relação ao modelo, é reconhecido no cenário internacional que, mesmo onde a cobertura de TARV vem aumentando de forma constante, a taxa de incidência do HIV diminui muito lentamente para alcançar controle epidêmico. O entusiasmo que acompanhou a estratégia “90-90-90” vem dando lugar à ênfase na necessidade de articular a disseminação de TARV com estratégias de prevenção⁴⁰ e propor modelos de contínuo para prevenção (*HIV prevention continuum*)⁴¹ ou que integram prevenção e tratamento no mesmo modelo (*status-neutral approach to HIV*)⁴². A ênfase na prevenção tem também ocorrido nas pesquisas com hepatites virais⁴³. Estudos atuais afirmam a utilidade do construto do cuidado contínuo para a avaliação de programas de saúde pública para outros agravos^{44,45}.

A condução da intervenção confirmou a hipótese acerca do incipiente conhecimento das novas tecnologias e da comunicação entre os vários pontos da rede. Confirmou-se ainda insuficiência no conhecimento e utilização de indicadores disponíveis nos sistemas de informação do SUS e nos relatórios das avaliações Qualiaids e QualiAB. Isso pode explicar parte da tendência de alguns grupos a identificar problemas de desempenho com base nas experiências pessoais, que, embora valorosas, são incapazes, por si só, de produzir sínteses racionais, como o fazem os indicadores.

A abordagem baseada em indicadores, por outro lado, expressa algumas falhas do próprio desempenho profissional dos participantes. Isso faz a intervenção também configurar um processo avaliativo novo e que pode ser incômodo para os profissionais que reconhecem

possíveis falhas em suas práticas, implicando, por vezes, na negação da situação revelada pelos indicadores. O baixíssimo número de consultas ao *website*, especialmente aos indicadores, confirma, por um lado, a ainda incipiente “cultura” de avaliação e monitoramento dos serviços do SUS, agravada provavelmente pela deficiência da estrutura de informática e acesso à internet. A intervenção não foi, porém, capaz de imprimir alguma alteração nesta situação. A impossibilidade prática de exercitar o uso do *website* durante as oficinas contribuiu para esta situação. Experiências internacionais semelhantes que tiveram melhor resultado mostraram a importância de intensificar o “exercício” de utilização do *website*^{46,47}.

Este estudo limitou-se a avaliar o panorama do processo da intervenção. Demais características da implementação – positivas e negativas –, bem como os conteúdos técnicos dos problemas apontados nas oficinas e nos planos de ação serão tratados em outras publicações.

CONCLUSÕES

A intervenção QualiRede objetivou contribuir para a melhoria do desempenho dos serviços de saúde envolvidos nas redes regionais do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C, tendo como base teórico-metodológica modelos adaptados de contínuo do cuidado para cada agravo. A metodologia centrou-se na realização de oficinas com gestores e demais profissionais das regiões para discutir e desenvolver planos de ações regionais com base em indicadores de processo, resultados e impactos locais relativos a cada etapa do contínuo do cuidado dos três agravos.

O processo de implantação ocorreu conforme o planejado em 5 regiões, tendo, porém, redundado em planos de ação regionais em apenas 4 delas. Nestas, os GTR organizados na intervenção mantêm-se em funcionamento até o momento.

Concorreram para a adequada condução da intervenção a utilização do modelo estruturado de cuidado em rede de serviços para cada agravo, a metodologia participativa – tanto por referência às oficinas com gestores e profissionais locais, quanto na parceria prática e teórica efetiva entre a equipe da universidade e a equipe técnica da gestão estadual dos Programas de DST/Aids e de Hepatites Virais.

São necessários outros estudos que analisem mais detalhadamente a intervenção, bem como suas repercussões de médio prazo em termos de processos e resultados. Entretanto, vale salientar a impossibilidade de intervenções com tempo e financiamento restritos, como é o caso de projetos de investigação, superarem muitos desses limites.

Nesta direção, é muito promissor constatar a iniciativa atual de manter os objetivos da intervenção QualiRede em regiões do projeto, bem como seus desdobramentos para outras regiões.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF; 2013.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções. Brasília, DF; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília, DF; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (Prep) de risco à infecção pelo HIV. Brasília, DF; 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações: aspectos históricos dos calendários de vacinação e avanços dos indicadores de coberturas vacinais, no período de 1980 a 2013. Boletim Epidemiológico [Internet]. Brasília, DF; 2015 [citado em 2 fev. 2019];46(30). Disponível em: <http://bit.ly/2XpfzY>
6. Taylor M, Newman L, Ishikawa N, Laverty M, Hayashi C, Ghidinelli M, et al. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Syphilis (EMTCT): process, progress, and program integration. *PLoS Medicine*. 2017;14(6):1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002329>
7. World Health Organization. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2016. Washington, DC: PAHO; 2017.
8. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.
10. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2011;52(6):793-800. <https://doi.org/10.1093/cid/ciq243>
11. United States Department of Health and Human Services. The HIV/AIDS Continuum of Care. Washington, DC: DHHS; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília, DF; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: sumário executivo. Brasília, DF; 2017.
14. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl 1):43-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>
15. McNairy ML, El-Sadr WM. The HIV care continuum: no partial credit given. *AIDS*. 2012;26(14):1735-8. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328355d67b>
16. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, do Prado RR, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-12. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006711>
17. Loch AP, Nemes MIB, Alves AM, Castanheira ERL, Monroe AA, Nasser MA. Modelo do cuidado contínuo como base do fast-track: QualiRede, uma metodologia para ação local. Anais do 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 29-30 ago. 2016; Florianópolis (SC). (Saúde & Transformação Social; vol. 7, Supl. 1:130).
18. Loch AP, Alves AM, Nasser MA, Mercuri J, Opromolla PA, Castanheira ERL, et al. Integração de indicadores de processo e resultados na elaboração participativa de plano para rede de cuidado local em DST, HIV e Hepatites Virais B e C. Anais 14º Congresso Paulista de Saúde Pública; 26-30 set. 2015; São Carlos (SP). São Paulo; 2015; 24:258-258.
19. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015. Institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo [Internet]. 2015 fev 24 [citado em 2 fev. 2019];1:33. Disponível em: <http://bit.ly/2JfpF5F>
20. Mesquita F, Santos ME, Benzaken A, Corrêa RG, Cattapan E, Sereno LS, et al. The Brazilian comprehensive response to hepatitis C: from strategic thinking to access to interferon-free therapy. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1132. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3784-4>
21. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis: Towards Ending Viral Hepatitis 2016-2021 [Internet]. Geneva; 2016 [citado em 2 fev. 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2Xu5Xfn>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de Cooperação assinado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina em 30 de setembro de 2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 1º out. 2015;3:103.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1232, de 30 de junho de 2016. Autoriza o repasse financeiro ao estado de Santa Catarina para implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS. Diário Oficial da União [Internet]. 1º jul. 2016 [citado em 2 fev. 2019];1:85. Disponível em: <http://bit.ly/2XpPJ1T>
24. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-76.
25. 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. p. 99-152.
26. Loch AP, Nemes MIB, Santos MA, Alves AM, Melchior R, Basso CR, et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. Cad Saúde Pública. 2018;34(2):e00047217. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00047217>
27. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MASD, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde e Soc. 2011;20(4):935-947.
28. Nasser, M. A. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. [tese de doutorado]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF; 2018.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008: Suplemento III – Tratamento e prevenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
31. Secretaria do Estado de São Paulo. Manual de apoio a consolidação da Rede de Cuidados para a resposta à sífilis congênita, ao HIV/Aids e às hepatites virais [Internet]. São Paulo; 2018 [citado em 2 fev. 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2JgnM8X>
32. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids: manual de assistência [Internet]. São Paulo; 2017 [citado em 2 fev. 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2MAEi7h>
33. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2018;23(6):1791-1798. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>
34. Martin LT, Plough A, Carman KG, Leviton L, Bogdan O, Miller CE. Strengthening integration of health services and systems. Health Aff. 2016;35(11):1976-1981. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0605>
35. Pratt R, Gyllstrom B, Gearin K, Lange C, Hahn D, Baldwin LM, et al. Identifying barriers to collaboration between primary care and public health: experiences at the local level. Public Health Rep. 2018;133(3):311-317. <https://doi.org/10.1177/0033354918764391>
36. Kalichman, AO. A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP [tese de doutorado]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.
37. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(Suppl. 2):s240-s250. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>
38. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Alves AM, Prado RR, Castanheira ERL. Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locorregionais. BIS. 2016;17(2):6-18.
39. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. BIS. 2016;17(2):128-38.
40. Bekker LG, Johnson L, Wallace M, Hosek S. Building our youth for the future. J the Int AIDS Soc. 2015;18(2 Suppl 1):20027. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.2.20027>
41. McNairy ML, El-Sadr WM. A paradigm shift: focus on the HIV prevention continuum. Clin Infect Dis. 2014;59(Suppl 1):S12-S15. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu251>
42. Myers, JE, Braunstein, SL, Xia Q, Scanlin K, Edelstein Z, Harriman G, et al. Redefining prevention and care: a status-neutral approach to HIV. Open Forum Infect Dis. 2018;5(6):ofy097. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy097>
43. Heffernan A, Barber E, Cook NA, Goma AI, Harley YX, Jones CR, et al. Aiming at the global elimination of viral hepatitis: challenges along the care continuum. Open Forum Infect Dis. 2017;5(1):ofx252. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx252>
44. Perlman DC, Jordan AE, Nash D. Conceptualizing care continua: lessons from HIV, hepatitis C virus, tuberculosis and implications for the development of improved care and prevention continua. Front

- Public Health. 2017;4:296. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00296>
45. Anderson ES, Galbraith JW, Deering LJ, Pfeil SK, Todorovic T, Rodgers JB, et al. Continuum of care for hepatitis c virus among patients diagnosed in the emergency department setting. *Clin Infect Dis*. 2017;64(11):1540-46. <https://doi.org/10.1093/cid/cix163>
46. Joshi A, Amadi C, Katz B, Kulkarni S, Nash D. A Human-Centered Platform for HIV Infection Reduction in New York: development and usage analysis of the Ending the Epidemic (ETE) dashboard. *JMIR Public Health Surveill*. 2017;3(4):e95. <https://doi.org/10.2196/publichealth.8312>
47. New York. Ending the Epidemic Dashboard. Ending the AIDS Epidemic in New York State by the end of 2020- [Internet]. 2019 [citado em 2 fev. 2019]. Disponível em: www.etedashboardny.org

Recebido em: 19/03/2019

Versão final apresentada: 21/05/2019

Aprovado em: 24/05/2019

Agradecimentos: Aos colegas do DIAHV do Ministério da Saúde, em nome de Flávia Moreno A. de Souza, pelo apoio institucional; aos colegas do CRT DST/Aids SES/SP, em nome de Artur O. Kalichman, pelo apoio logístico; aos interlocutores regionais dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) dos Programas de Aids e de Hepatites Virais e equipes, aos profissionais, gestores e membros da sociedade civil que participaram do projeto.

Contribuição dos autores: Nemes MIB, Castanheira ERL, Alves AM, Adania CSS, Loch AP, Monroe AA, Souza RA, Gianna MC e Caminada S foram responsáveis pelo desenho, planejamento e condução da intervenção e pela redação do manuscrito final. Farias NSO, Sousa PO, Domingues CSB, Silva MH, Cervantes V, Yamashiro J, Caraciolo JMM, Silva FL, Nemes Filho A, Jesus GL, Helena ETS, Albiero JFG, Lima MSS, Bellenzani R, Kehrig RT, Vale FC, Nunes LO, Mendonça CS, Zarili TF, Vilela MC, Dantas JCO, Paula I, Tayra Â, Coelho DM, Santos GP, Quevedo DC, Silva MA, Silva IB, Nasser MA, Andrade MC, Santos MA, Mercuri J, Trindade KV, Neves MAT, Toledo RVA, Almeida MCR e Lima IN foram igualmente responsáveis pela condução da intervenção, revisão crítica e aprovação do manuscrito final.

