



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM HIV/AIDS
NOS MUNICÍPIOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DA FAIXA DE FRONTEIRA DO
BRASIL**

THAÍS URIAS SENRA MICHEL

Foz do Iguaçu
2023



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA
SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM HIV/AIDS NOS
MUNICÍPIOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DA FAIXA DE FRONTEIRA DO BRASIL**

THAÍS URIAS SENRA MICHEL

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

Orientador/a: Dr^a Sandra Aparecida Zotovici

Foz do Iguaçu
2023

THAÍS URIAS SENRA MICHEL

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM HIV/AIDS NOS
MUNICÍPIOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DA FAIXA DE FRONTEIRA DO BRASIL**

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Sandra Aparecida Zotovici
UNILA

Profa. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira
UFRGS

Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Thaís Urias Senra Michel

Curso: Especialização em Gestão em Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(X) artigo
(.....) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....)

Título do trabalho acadêmico: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM HIV/AIDS NOS MUNICÍPIOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DA FAIXA DE FRONTEIRA DO BRASIL

Nome do orientador(a): Sandra Aparecida Zotovici

Data da Defesa: 08 / 07 / 2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

RESUMO

A infecção pelo HIV e a epidemia da AIDS vão muito além das questões biomédicas, e são comprovadamente afetadas pela mobilidade humana. Dessa forma, é imprescindível que os atores de gestão em saúde dos programas de HIV/AIDS nas regiões de fronteira conheçam a epidemia local, sendo a avaliação de desempenho de programas em saúde um instrumento relevante para esse objetivo. Dessa forma, o presente artigo avalia o desempenho dos programas de saúde em HIV/AIDS nos municípios de médio e grande porte da faixa de fronteira brasileira. O estudo descritivo, aplicado e de abordagem quantitativa tomou como norteador a dimensão “Desempenho dos Serviços Saúde” proposto pelo PROADESS, bem como os indicadores de avaliação dos programas de HIV/AIDS preconizados pelo Ministério da Saúde em diversos instrumentos de avaliação. Os resultados do estudo demonstraram heterogeneidade de desempenho entre os municípios analisados, com indicativos claros de falhas e necessidades de reforços e reestruturações.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Avaliação de Programas; Gestão em Saúde; Saúde na Fronteira

RESUMEN

La infección por el VIH y la epidemia del SIDA van mucho más que cuestiones biomédicas y se ven claramente afectadas por la movilidad humana. Por lo tanto, es imperativo que los actores de la gestión de los programas de VIH/SIDA en las regiones fronterizas estén conscientes de la epidemia local, siendo la evaluación del desempeño de los programas de salud un instrumento relevante para este objetivo. Así, el presente artículo evalúa el desempeño los programas de salud de VIH/SIDA en los municipios mediano y grandes de la zona fronteriza brasileña. El estudio descriptivo, aplicado y cuantitativo tomó como guía la dimensión "Desempeño de los Servicios de Salud" propuesta por PROADESS, así como los indicadores de evaluación de los programas de VIH/SIDA recomendados por el Ministerio de Salud en diversos instrumentos de evaluación. Los resultados del estudio demostraron heterogeneidad de desempeño entre los municipios analizados, con claros indicios de fallas y necesidad de refuerzos y reestructuraciones

Palabras clave: VIH/SIDA; Evaluación de Programas; Gestión en Salud; Salud Fronteriza

ABSTRACT

The HIV infection and the AIDS epidemic go far beyond biomedical issues and are demonstrably affected by human mobility. Thus, it is essential that the health management actors of HIV/AIDS programs in border regions know the local epidemic, being the performance evaluation of health programs a relevant instrument for this objective. Hence, this article evaluates the performance of health programs in HIV/AIDS in medium and large municipalities of the Brazilian border area. The descriptive, applied and quantitative study took as its guideline the dimension "Performance of Health Services" proposed by PROADESS, as well as the evaluation indicators of HIV/AIDS programs recommended by the Ministry of Health in various evaluation instruments. The results of the study demonstrated heterogeneity of performance among the municipalities analyzed, with clear indications of failures and the need for reinforcements and restructurings.

Key words: HIV/AIDS; Program Evaluation; Health Management; Border Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação, quantificação e seleção dos municípios de fronteira	07
Quadro 2 – Sub-dimensões da análise e indicadores selecionados	08
Quadro 3 – Fontes para coletas dos dados secundários	08
Quadro 4 – Quadro resumo: forma de cálculo e metas para avaliação	09

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Metas alcançadas pelos municípios: valor absoluto e porcentagem	09
Tabela 2 – Alcance das metas por sub-dimensão e indicador: valores absolutos e porcentagem	10
Tabela 3 – Resultados e análises DE1.1 e DE1.2	11
Tabela 4 – Valores indicadores DE2.1 e DE2.2	13
Tabela 5 – Valores indicadores DE2.5 e DE2.6	16
Tabela 6 – Valores indicadores DE3.1, DE3.2 e DE3.3	17
Tabela 7 – Municípios por % de PVHA vinculadas e em TARV em 2021	19

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1.	A FAIXA DE FRONTEIRA BRASILEIRA E AS DESIGUALDADES	9
1.2.	A POLÍTICA DE HIV/AIDS BRASILEIRA	11
1.3.	A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EM SAÚDE	12
2	MÉTODOS	14
2.1.	SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS	14
2.2.	DIMENSÃO DA ANÁLISE E INDICADORES	15
2.3.	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	15
3	RESULTADOS	16
3.1.	SUB-DIMENSÃO EFETIVIDADE (DE1)	18
3.2.	SUB-DIMENSÃO ACESSO (DE2)	21
3.3.	SUB-DIMENSÃO CONTINUIDADE	26
4	DISCUSSÃO	28
5	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

A dinâmica da epidemia de HIV/AIDS é modulada por motivadores individuais, sociais e de rede, comunitários, de políticas públicas (STAHLMAN et al, 2017), socioeconômicos e de mobilidade humana (UNAIDS, 2019). Estão fadados ao fracasso as conduções de políticas e/ou programas de resposta a essa epidemia que não compreendam esses determinantes e suas interseccionalidades como geradores de vulnerabilidades e mantenedores da AIDS como ameaça à saúde pública (UNAIDS, 2022).

Essas especificidades e interseccionalidades são evidentes em países de tamanho continental, e principalmente com desigualdades notórias como o Brasil. A resposta ao HIV/AIDS brasileira e as estratégias adotadas não são homogênea, apesar de seguirem diretrizes do programa nacional, e os resultados também se mostram dispares (BRASIL, 2022).

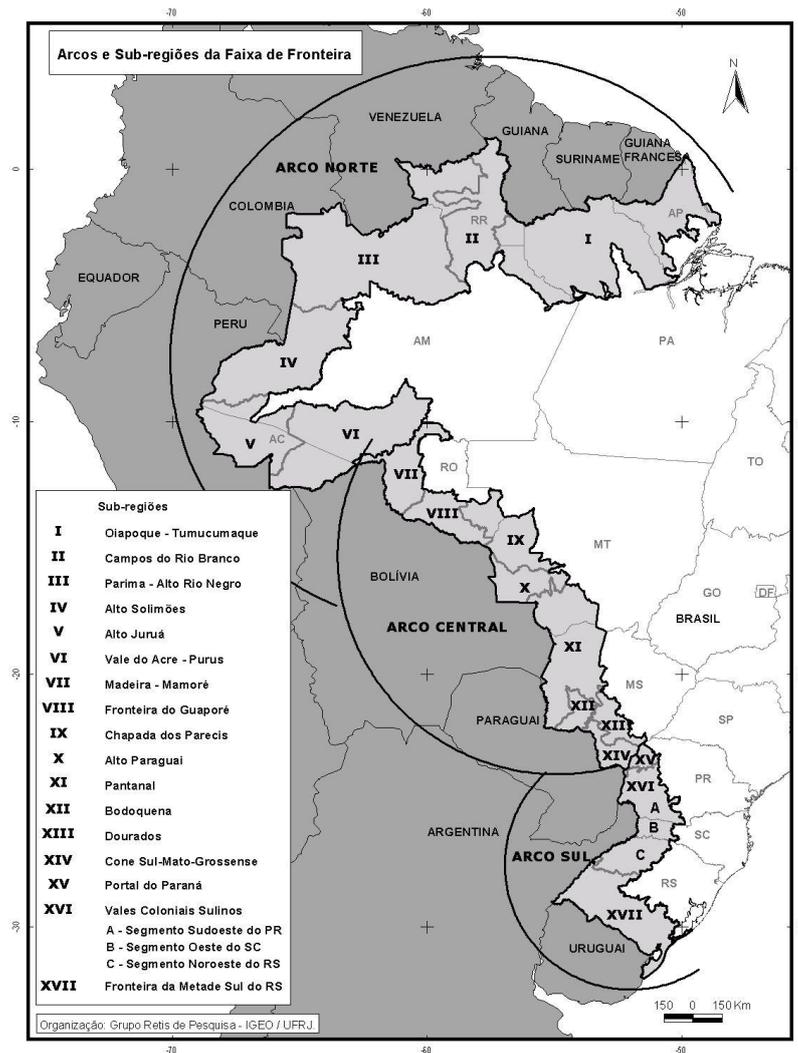
Entre 2019 e 2021, o número de casos de infecção pelo HIV declinou 11,1% no Brasil, com maior percentual de redução nas regiões Sul (15,4%) e Sudeste (15,3%). Em relação às Unidades Federadas (UF), a redução de casos variou de 29,0% no Rio Grande do Norte a 3,4% no Amazonas. Entretanto, em cinco UF observou-se elevação dos casos de infecção pelo HIV: Acre (34,5%), Pará (15,5%), Maranhão (7,0%), Sergipe (6,2%) e Tocantins (5,7%)(...). (BRASIL, 2022)

1.1.A FAIXA DE FRONTEIRA BRASILEIRA E AS DESIGUALDADES

A faixa de fronteira brasileira (FFB) é composta por 588 municípios de onze unidades da federação - os quais tem seu território total ou parcialmente localizados na faixa de 150 km de largura ao longo das fronteiras terrestres (IBGE, 2021a). Eles comportam uma população residente estimada 11,96 milhões de habitantes (IBGE, 2021b), cerca de 5,75% da população brasileira.

A FFB é subdividida, de forma marco, em Arcos (Arco Norte, Arco Central e Arco Sul), e em nível menor em 17 sub-regiões de acordo com o desenvolvimento regional e identidade cultural (MDR, 2005) (ver Imagem 1).

Imagem 1. Faixa de fronteira e arcos de fronteira



Fonte: RETIS, 2014

A necessidade dessas divisões se dá pelas características múltiplas e heterogêneas da FFB, sendo algumas delas: a) representativa extensão territorial total (16,85 mil km²); b) grande quantidade de países com as quais há interação (dos doze outros países da América do Sul, apenas Chile e Equador não compartilham fronteira com o Brasil); e c) peculiaridades socio-econômico-culturais (CASTILHO, 2015).

As diferentes sub-regiões e os arcos apresentam desenvolvimento discrepante entre si e em relação a outras áreas do Brasil (DUARTE, BIDARRA, CORRÊA, 2021). As desigualdades presentes entre os arcos da Fronteira foram objeto de análises, entre elas o estudo de Pinto, Oliveira e Marguti (2018), quanto ao índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e suas três dimensões – infraestrutura urbana (IVS-IU), capital humano (IVS-CH) e renda e trabalho (IVS-RT). O estudo apontou os

avanços significativos entre 2000 e 2010, porém denunciou a baixa redução da desigualdade regional (PINTO; OLIVERIA; MARGUTI; 2018).

Tentativas de resposta a esses problemas foram realizadas pelo governo brasileiro ao longo dos anos. Com o objetivo de reduzir a desigualdade e promover a equidade entre as regiões do Brasil, foi lançada e institucionalizada em 2007, pelo Decreto nº 6047 de 22/02/2007, a Política Nacional de Desenvolvimento Regional – PNDR. Com vista a implementação da PNDR, o Ministério da Integração Nacional implementou três programas, entre eles o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) (MDR, 2009). A PNDR 2007 vigorou até 2019, quando foi revogada e substituída pela nova Política Nacional de Desenvolvimento Regional, que tem em seus princípios norteadores o “(...) III - planejamento integrado e transversalidade da política pública; (...) (BRASIL, 2019)”.

Entretanto, em nenhuma das duas PNDR há menção explícita à questão da saúde, sendo essa temática tangencialmente abordada apenas na cartilha sobre a PDFF. No documento, as ações de saúde são colocadas no balaio das principais iniciativas necessárias voltadas para às condições de cidadania - uma das quatro grandes diretrizes, junto com o fortalecimento institucional, o desenvolvimento econômico integrado e o marco regulatório (SPR, 2009).

1.2. A POLÍTICA DE HIV/AIDS BRASILEIRA

A Política Nacional de DST/AIDS [sic]¹ desde seu surgimento em 1999 tem entre seus componentes fundamentais a Promoção, Proteção e Prevenção, o Diagnóstico e Assistência, e o Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa (BRASIL, 1999). Nela foram estabelecidas as então diretrizes, prioridades e estratégias para o Programa Nacional de DST/Aids. Ao longo de seus mais de 20 anos, a Política de HIV/AIDS e o próprio programa nacional sofreram mudanças significativas, tendo como causas principais os avanços biomédicos, o arcabouço legal, as reestruturações orçamentárias e as modificações da própria dinâmica da epidemia no país (SOUZA, SANTOS, OLIVEIRA, 2015;). Somados isso, a forte vertente política da pauta do HIV/AIDS permitiu a ações de diversos atores

¹ Não se utiliza mais o termo DST (Doença Sexualmente Transmissível), pois uma pessoa pode ser infectada por um agente causador da doenças, mas não desenvolvê-la. Dessa forma, o termo utilizado passou a ser Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

nacionais, desde a sociedade civil organizada a políticos (ALMEIDA, RIBEIRO, BASTOS, 2022). O jogo político modulou a visibilidade dada a pauta durante os anos, facilmente observado pelas alterações nos nomes dados ao departamento/programa e as aglutinações de agravos.

As metas mais recentes desse departamento foram construídas em 2020 pelo então Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), o qual sequer contém HIV/AIDS no nome. Seis prioridades nacionais foram apresentadas pelo DCCI para os anos de 2020 a 2023, e guiaram a construção das metas a nível estadual e municipal (BRASIL, 2020).

Apesar de toda a estrutura nacional e estadual e dos inegáveis avanços na resposta à epidemia da AIDS, fica evidente pelos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde que o país não logrou êxito em relação a diversas metas internacionais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS - especialmente as 90-90-90 (UNAIDS, 2015).

Ademais, os boletins revelam as disparidades entre os dados das regiões e estados e apontam para as desigualdades claras entre os desempenhos dos programas estaduais e municipais no Brasil (BRASIL, 2022). Recorrentemente é em nível municipal as maiores brechas. As gestões municipais de HIV/AIDS carecem de mais recursos (financeiros, humanos e estruturais), além de capacitação e estrutura de gestão, especialmente na FFB onde há outros fatores estressores ao sistema de saúde que diminuem a capacidade de execução.

A mobilidade (migração e migração pendular) característica dessas localidades impacta fortemente os serviços de saúde e chamam por respostas às barreiras linguísticas, status migratório, estigma e discriminação dentro dos serviços (SUPHANCHAIMAT et al, 2014). Intervenções em prevenção e cuidado de HIV para populações em mobilidade são insuficientes e não suprem as necessidades (Camlin; Charlebois, 2019). O impacto maior é sofrido pelas pessoas e usuários na ponta quando experenciam dificuldade de acessos a serviços, programas e estratégias.

1.3.A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EM SAÚDE

Uma parte fundamental para a efetividade de uma política pública, programa e sistema de saúde é a avaliação, a qual permite que o gestor faça deliberações,

prestações de conta, e proposições de desenvolvimento em relação a seu objeto de avaliação (HARTZ, SILVA, 2005).

Avaliações proporcionam também a identificação de especificidades e insuficiências que precisam ser respondidas pelo poder público, principalmente na região da faixa de fronteira. Em uma avaliação de políticas públicas da fronteiras do Brasil, Deschamps, Delgado e Moura (2018) ao discorrerem sobre o mobilidade pendular bilateral (Brasil-país vizinho) apontaram para as temáticas de saúde, educação, trabalho e mobilidade como ainda carentes de ação pública.

Nunes (2018) revelou os empreendimentos na área da saúde na faixa de fronteira pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no período de 2007 a 2014, sem omitir as disparidades na distribuição dos recursos, contradições e imperceptível papel da PNDR como fio condutor. Apesar do interesse no desenvolvimento de políticas e programas públicos nessa região

(...) há déficit de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, moradia, trabalho etc., o que os torna muitas vezes populações vulneráveis ao tráfico internacional, a doenças que representam riscos à saúde pública e suscetíveis também a uma série de ocupações ilícitas (MOREIRA, 2008)

Destarte, é crucial a avaliação do alcance e desempenho da políticas pública em HIV/AIDS verificando o alcance da execução do programa quanto às “(...) dimensões estratégicas (...), tais como: Controle da Transmissão, Manejo de Caso e Promoção de Qualidade de Vida (SANTOS, 2005)”.

À vista de todas as lacunas supracitadas, do quadro nacional, das características da faixa de fronteira e o entendimento que pouco se sabe sobre a epidemia de HIV/AIDS nessa parte do Brasil, o presente artigo teve por finalidade a avaliação de desempenho dos programas em saúde de HIV/AIDS dos municípios de médio e grande porte da Faixa de Fronteira brasileira. Ademais, com os resultados obtidos almeja-se fornecer quadro mais fidedigno quanto a efetividade, o acesso e a continuidade dos programas de HIV/AIDS analisados, sendo dessa forma subsidio para gestores locais. Como objetivo final, o artigo se propoe a oferecer indícios das principais áreas para melhoras, com identificação dos municípios com melhores e piores desempenhos.

2 MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de estudo descritivo, aplicado, de abordagem quantitativa. Quanto ao procedimento, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental para obtenção de dados secundários relativos aos indicadores selecionados para a avaliação. Essa seção apresenta primeiramente a metodologia de seleção dos municípios e o rol dos selecionados. Em seguida, é demonstrado o processo de seleção e construção dos indicadores. Por fim, explicita-se o método de coletas dos dados, os critérios e as metas utilizados na análise.

2.1. SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Os dados de população estimada e extensão territorial total em Km² foram compilados em uma planilha excel. Nela os municípios foram classificados quanto ao seu porte (Pequeno I, Pequeno II, Médio, Grande, Metr pole) de acordo com o número total de habitantes, segundo a PNAS 2004. Apenas os municípios de médio e grande porte foram selecionados para o estudo, totalizando 44 municípios, coseguinfo dessa forma abrangencia de ao menos um município por estado da FFB (Quadro 1).

Quadro 01 – Classifica o, quantifica o e sele o dos municípios de fronteira

CATEGORIA	FAIXA QUANTIDADE DE HABITANTES	TOTAL DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS SELECIONADOS
Pequeno I	≤ 20 mil	451	N/A
Pequeno II	> 20mil a ≤ 50mil	93	N/A
Médio	> 50mil a ≤ 100mil	27	Rolim de Moura (RO), Cruzeiro do Sul (AC), Tabatinga (AM), Alenquer (PA), Óbidos (PA), Oriximiná (PA), Laranjal do Jari (AP), Francisco Beltrão (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Palmas (PR), Pato Branco (PR), Concórdia (SC), Xanxerê (SC), Alegrete (RS), Canguçu (RS), Carazinho (RS), Cruz Alta (RS), Ijuí (RS), Sant'Ana do Livramento (RS), Santa Rosa (RS), Santo �ngelo (RS), São Borja (RS), São Gabriel (RS), Naviraí (MS), Ponta Porã (MS), Sidrolândia (MS), Cáceres (MT)
Grande	> 100mil a ≤ 900mil	17	Porto Velho (RO), Vilhena (RO), Rio Branco (AC), Boa Vista (RR), Cascavel (PR), Foz do Iguaçu (PR), Toledo (PR), Umuarama (PR), Chapecó (SC), Bagé (RS), Erechim (RS), Pelotas (RS), Rio Grande (RS), Uruguaiana (RS), Corumbá (MS), Dourados (MS), Tangará da Serra (MT)
Metr�pole	> 900mil	0	N/A

Fonte: de autoria própria, com base em BRASIL (2004)

2.2. DIMENSÃO DA ANÁLISE E INDICADORES

Apesar da Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde apresentar quatro dimensões (PROADESS, 2017), o presente artigo teve sua análise limitada a dimensão “Desempenho dos Serviços de Saúde”, comportando as sub-dimensões Efetividade, Acesso e Continuidade.

Os indicadores para a avaliação dos programas de HIV/AIDS foram obtidos e/ou baseados nas Prioridades e Metas do DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2020), nos indicadores relativos a HIV/AIDS presentes no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 (MS, 2020) e no Caderno de Indicadores Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – 2023 (MS, 2023) e nas Fichas de Qualificação – PQA-VS 2020 (BRASIL, 2020), além dos indicadores presentes na Matriz de Indicadores do PROADESS (PROADESS, 2011). Os indicadores selecionados podem ser observados no quadro 02 a seguir.

Quadro 02. Sub-dimensões da análise e indicadores selecionados

SUB-DIMENSÃO	INDICADORES
DE1 - Efetividade	DE1.1 – Variação da Incidência de AIDS (2016 e 2021) ¹
	DE1.2 – Variação da Taxa de detecção de AIDS (2016 e 2021) ¹
DE2 - Acesso	DE2.1 - Tempo mediano para início de TARV após primeiro CD4 em 2021
	DE2.2 – Variação do tempo mediano para início de TARV após primeiro CD4 (2016 e 2021) ¹
	DE2.3 – Variação do % de Diagnóstico Tardio e Doença Avançada ² (2016 e 2021) ¹
	DE2.4 – Variação da taxa de adesão insuficiente ao tratamento (2016 e 2021) ¹
	DE2.5 - Número de PVHA vinculadas em 2021
	DE2.6 - Número de PVHA vinculadas e que estavam em TARV em 2021
DE3 - Continuidade	DE3.1 - Taxa de perda de seguimento no tratamento em 2021
	DE3.2 - Taxa de retenção em 12 meses (dados 2021)
	DE3.3 - Taxa de retenção em 24 meses (dados 2021)
	DE3.4 - Taxa de retenção em 60 meses (dados 2021)
	DE3.5 – Porcentagem de PVHA vinculadas e que estavam em TARV em 2021
1 Período que compreende pelo uma gestão municipal completa (2016 a 2021)	
2 Primeiro CD4 < 200 céls/mm ³	

Fonte: de autoria própria

2.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de dados impessoalizados e de livre acesso, não foi necessário utilização de Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). As coletas dos dados secundários foram realizadas nos bancos de dados, painéis epidemiológicos e portais de órgãos e secretarias do governo federal (Quadro 03).

Quadro 03 – Fontes para coletas dos dados secundários

SECRETARIA/ MINISTÉRIO/ÓRGÃO	BANCO DE DADO	Link de acesso
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS)	1. Painel de Indicadores e dados básicos do HIV/aids nos municípios brasileiros 2. Indicadores e dados básicos de monitoramento clínico de HIV	https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	IBGE Cidades	https://cidades.ibge.gov.br/

Fonte: de autoria própria

Os dados secundários necessários para análise dos indicadores foram compilados em uma segunda planilha de excel. Foram estabelecidas metas para onze dos treze indicadores conforme descrito no quadro 4 abaixo.

Quadro 04. Quadro resumo: forma de cálculo e metas para avaliação

INDICADOR	META PARA AVALIAÇÃO	FORMA DE CÁLCULO
DE1.1	Redução de 75% entre 2016 e 2021	Valores por ano (2016-2021) ² obtidos diretamente da fonte
DE1.2		
DE2.1	≤ 7 dias	
DE2.2	Redução de 50% entre 2016 e 2021	
DE2.3	Redução de 75% entre 2016 e 2021	
DE2.4		
DE2.5	N/A	Obtido diretamente da fonte
DE2.6	N/A	
DE3.1	≤ 15%	
DE3.2	≥ 80%	
DE3.3		
DE3.4	≥ 90% das PVHA vinculadas	(ΣPVHA em TARV / ΣPVHA vinculadas)x 100

Fonte: de autoria própria

3 RESULTADOS

Quanto às metas propostas, nenhum dos 44 municípios logrou conformidade com todas as onze metas, sendo os municípios de Alenquer (PA), Óbidos (PA), Umuarama (PR), Canguçu (RS) e Dourados (MS) com o melhor desempenho entre eles, todos com sete metas alcançadas (63,6%). 36 dos 44 municípios (81,8%) não conseguiram alcançar 50% das metas, tendo Boa Vista (RR) a pior conformidade ao não atingir nenhuma das metas propostas (Tabela 1).

Tabela 1. Metas alcançadas pelos municípios: valor absoluto e porcentagem.

Municípios de Grande Porte	METAS ALCANÇADAS							
	TOTAL		DE1 - EFETIVIDADE		DE2 - Acesso		DE3 - Continuidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Boa Vista (RR)	0	0	0	0	0	0	0	0
Rio Branco (AC)	1	9.09	0	0	0	0	1	20
Porto Velho (RO)	2	18.2	0	0	0	0	2	40
Bagé (RS)	2	18.2	0	0	0	0	2	40

Rio Grande (RS)	2	18.2	0	0	0	0	2	40
Cascavel (PR), Pelotas (RS), Uruguaiiana (RS)	3	27.3	0	0	0	0	3	60
Corumbá (MS)	3	27.3	0	0	1	25	2	40
Vilhena (RO), Toledo (PR)	4	36.4	0	0	0	0	4	80
Tangará da Serra (MT)	4	36.4	0	0	2	50	2	40
Foz do Iguaçu (PR)	5	45.5	0	0	2	50	3	60
Erechim (RS)	5	45.5	0	0	1	25	4	80
Chapecó (SC)	5	45.5	0	0	0	0	5	100
Dourados (MS), Umuarama (PR)	7	63.6	0	0	2	50	5	100

Municípios de Médio Porte

	METAS ALCANÇADAS							
	TOTAL		DE1 - EFETIVIDADE		DE2 - Acesso		DE3 - Continuidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laranjal do Jari (AC)	1	9.09	0	0	0	0	1	20
Xanxerê (SC); Santo Ângelo (RS); São Borja (RS); São Gabriel (RS); Naviraí (MS); Ponta Porã (MS); Cáceres (MT); Oriximiná (PA)	2	18.2	0	0	0	0	2	40
Sant'Ana do Livramento (RS); Santa Rosa (RS); Marechal Cândido Rondon (PR)	3	27.3	0	0	0	0	3	60
Palmas (PR)	3	27.3	2	100	0	0	1	20
Tabatinga (AM)	4	36.4	0	0	2	50	2	40
Francisco Beltrão (PR); Pato Branco (PR)	4	36.4	0	0	0	0	4	80
Alegrete (RS)	4	36.4	2	100	0	0	2	40
Carazinho (RS)	4	36.4	0	0	2	50	2	40
Cruz Alta (RS); Ijuí (RS); Sidrolândia (MS)	4	36.4	0	0	0	0	4	80
Cruzeiro do Sul (AC)	5	45.5	2	100	1	25	2	40
Rolim de Moura (RO)	6	54.5	0	0	1	25	5	100
Concórdia (SC)	6	54.5	0	0	2	50	4	80
Alenquer (PA)	7	63.6	2	100	2	50	3	60
Óbidos (PA)	7	63.6	0	0	2	50	5	100
Canguçu (RS)	7	63.6	0	0	3	75	4	80

Fonte: de autoria própria

O percentual de alcance das metas nas sub-dimensões foi de 9,1% para a DE1 – Efetividade, 14,2% para DE2 - Acesso e 20,5% para a DE3 – Continuidade. Apenas os indicadores da sub-dimensão DE2 obtiveram mais de 50% de alcance de metas, com exceção do indicador DE2.1 – Tempo mediano para início de TARV após CD4 que obteve apenas 20,5% de alcance. O indicador com melhor percentual de metas obtidas foi o DE2.3 - Variação do % de Diagnóstico Tardio e Doença Avançada entre 2016 e 2021, com 79,5%.

Tabela 2. Alcance das metas por sub-dimensão e indicador: valores absolutos e porcentagem

SUBDIMENSÃO/ INDICADORES	Qt total em que a(s) meta(s) do(s) indicador(es) poderia(m) ter sido alcançada(s)		Qt de vezes que a meta foi alcançada		% de alcance da meta	
	n	%	n	%	n	%
DE1 - EFETIVIDADE	88		8		9,1	
DE1.1	44		4		9,1	
DE1.2	44		4		9,1	
DE2 - ACESSO	176		25		14,2	

DE2.1	44	9	20,5
DE2.2	220	126	57,3
DE2.3	44	35	79,5
DE2.4	44	25	56,8
DE3 - CONTINUIDADE	44	9	20,5
DE3.1	44	15	34,1
DE3.2	44	4	9,1
DE3.3	44	4	9,1
DE3.4	176	25	14,2
DE3.5	44	9	20,5

Fonte: de autoria própria

3.1. SUB-DIMENSÃO EFETIVIDADE (DE1)

Apenas Cruzeiro do Sul (AC), Alenquer (PA), Palmas (PR) e Alegrete (RS) conseguiram reduzir em pelo menos 75% a incidência de AIDS (DE1.1) e a Taxa de detecção de AIDS (DE1.2) entre 2016 e 2021. Entre os que não atingiram a meta, três situações foram observadas: 1. não alcançou e sem variação, 2. não alcançou, mas variação negativa e 3. não alcançou e variação positiva. O município de Naviraí (MS) foi o único que não apresentou variação para o indicador DE1.1. Para o DE1.2 nenhuma cidade manteve a detecção de aids entre 2016 e 2021 (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados e análises DE1.1 e DE1.2

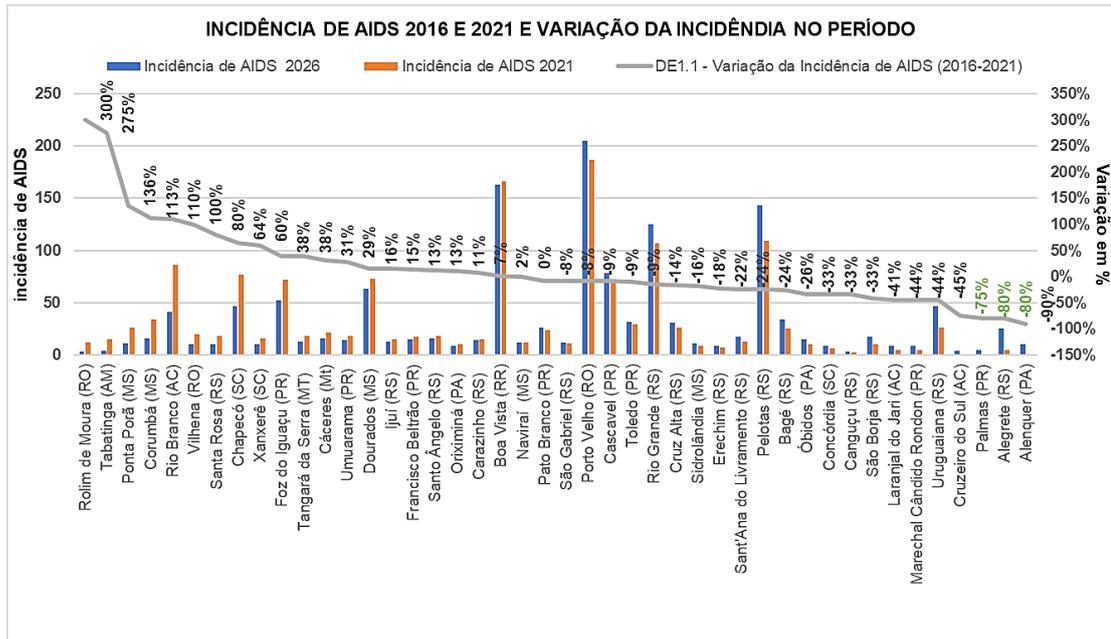
MUNICÍPIO	Incidência de AIDS		DE1.1 - % de redução (2016-2021)	Taxa de detecção de AIDS (por 100mil hab.)		DE1.2 - % de redução (2016-2021)
	2016	2021		2016	2021	
Rolim de Moura (RO)	3	12	300%	5,6	21,5	287%
Tabatinga (AM)	4	15	275%	6,5	21,9	238%
Ponta Porã (MS)	11	26	136%	12,5	27,3	119%
Corumbá (MS)	16	34	113%	14,6	30,2	107%
Rio Branco (AC)	41	86	110%	10,5	20,5	94%
Vilhena (RO)	10	20	100%	10,8	19,1	77%
Santa Rosa (RS)	10	18	80%	13,8	24,4	76%
Chapecó (SC)	47	77	64%	22,5	33,8	51%
Xanxerê (SC)	10	16	60%	20,4	30,6	50%
Foz do Iguaçu (PR)	52	72	38%	20,0	27,9	39%
Tangará da Serra (MT)	13	18	38%	13,3	16,7	26%
Cáceres (MT)	16	21	31%	17,2	22,0	28%
Umuarama (PR)	14	18	29%	12,9	15,9	23%
Dourados (MS)	63	73	16%	29,3	32,0	9%
Ijuí (RS)	13	15	15%	15,7	17,8	13%
Francisco Beltrão (PR)	15	17	13%	17,1	18,2	6%
Santo Ângelo (RS)	16	18	13%	20,6	23,2	13%
Oriximiná (PA)	9	10	11%	12,8	13,3	4%
Carazinho (RS)	14	15	7%	22,7	24,0	6%
Boa Vista (RR)	163	166	2%	48,7	38,0	-22%
Naviraí (MS)	12	12	0%	22,9	21,2	-7%
Pato Branco (PR)	26	24	-8%	32,5	28,3	-13%

São Gabriel (RS)	12	11	-8%	19,4	17,7	-9%
Porto Velho (RO)	205	187	-9%	41,1	34,1	-17%
Cascavel (PR)	78	71	-9%	24,7	21,1	-14%
Toledo (PR)	32	29	-9%	23,8	20,1	-16%
Rio Grande (RS)	125	107	-14%	60,1	50,3	-16%
Cruz Alta (RS)	31	26	-16%	50,4	43,7	-13%
Sidrolândia (MS)	11	9	-18%	20,8	14,8	-29%
Erechim (RS)	9	7	-22%	8,7	6,5	-25%
Sant'Ana do Livramento (RS)	17	13	-24%	21,4	17,2	-20%
Pelotas (RS)	143	109	-24%	42,1	31,7	-25%
Bagé (RS)	34	25	-26%	28,2	20,6	-27%
Óbidos (PA)	15	10	-33%	29,1	19,1	-34%
Concórdia (SC)	9	6	-33%	12,3	7,9	-36%
Canguçu (RS)	3	2	-33%	5,4	3,5	-34%
São Borja (RS)	17	10	-41%	27,8	16,7	-40%
Laranjal do Jari (AC)	9	5	-44%	19,0	9,6	-50%
Marechal Cândido Rondon (PR)	9	5	-44%	17,6	9,3	-47%
Uruguaiana (RS)	47	26	-45%	36,9	20,5	-44%
Cruzeiro do Sul (AC)	4	1	-75%	4,6	1,1	-76%
Palmas (PR)	5	1	-80%	10,3	1,9	-81%
Alegrete (RS)	25	5	-80%	33,2	6,9	-79%
Alenquer (PA)	10	1	-90%	17,9	1,7	-90%

Fonte: de autoria própria

O indicador DE1.1 - Variação da Incidência de AIDS entre 2016 e 2021 apresentou-se positivo em 45,4% (20) dos municípios, significando aumento na incidência de AIDS nessas localidades durante o período analisado. A cidade de Rolim de Moura (RO) apresentou o pior desempenho nesse indicador, com um aumento de 300%, seguida por Tabatinga (AM) com aumento de 275%. As diminuições mais acentuadas foram encontradas em Alenquer (PA) e Palmas (PR), com reduções de 90% e 80% respectivamente. Naviraí (MS) não apresentou variação quanto a incidência de AIDS entre 2016 e 2021 (Figura 1).

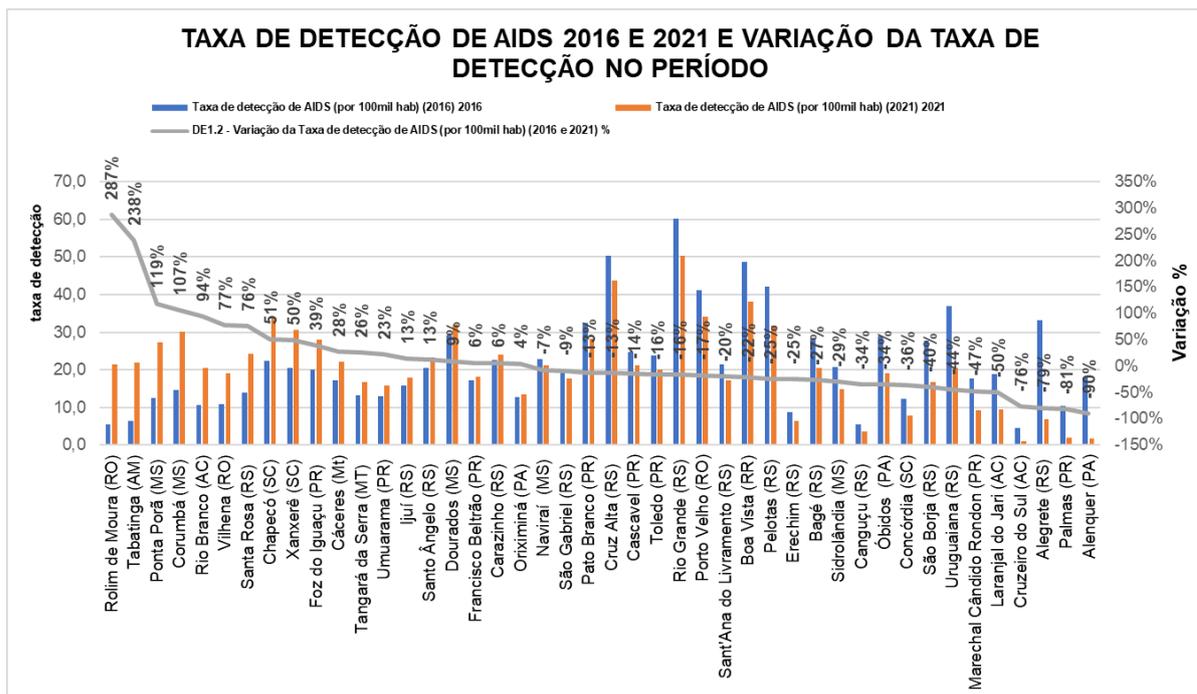
Figura 1. Incidência de AIDS 2016 a 2021 e Variação da incidência nesse período



Fonte: de autoria própria

Durante o mesmo período, para o indicador DE1.2 – Variação da Taxa de detecção de AIDS por 100 mil habitantes, dezenove (43,2%) localidades apresentaram aumento. Novamente Rolim de Moura (RO) e Tabatinga (AM) apresentaram os piores resultados, com aumento de 287% e 238% respectivamente. Os melhores avanços foram observados em Alenquer (PA) e Palmas (PR), com redução de 90% e 81% nessa ordem (Figura 2).

Figura 2. Variação da taxa de detecção de AIDS entre 2016 e 2021 nos municípios selecionados



Fonte: de autoria própria

3.2. SUB-DIMENSÃO ACESSO (DE2)

O município de Cruzeiro do Sul (AC) teve, em 2021, o maior tempo mediano para início de TARV após primeiro CD4 (DE2.1), 251 dias. A faixa de variação do indicador DE2.1 foi 0-251 dias. Em Alenquer (PA), Óbidos (PA) e Carazinho (RS), melhores desempenhos nesse indicador, o tempo mediano foi de zero dias. Apenas outros seis municípios alcançaram a meta de tempo mediano para início de TARV menor ou igual a 7 dias. São eles: Umuarama (PR) e Canguçu (RS) com um dia, Concórdia (SC) com 4 dias, Dourados (MS) com 6 dias, e com 7 dias Foz do Iguaçu (PR) e Tangará da Serra (MT).

Quando analisada a variação do tempo mediano para início de TARV após primeiro CD4 entre 2016 e 2021 (DE2.2), observou-se o não alcance da meta por 32 municípios (72,7%). Em 27 (61,4%), apesar de não alcance da meta, foram observadas reduções entre 4% e 73%. Cinco municípios apresentaram variação positiva no período entre 37% e 159% (Tabela 4).

Tabela 4. Valores indicadores DE2.1 e DE2.2

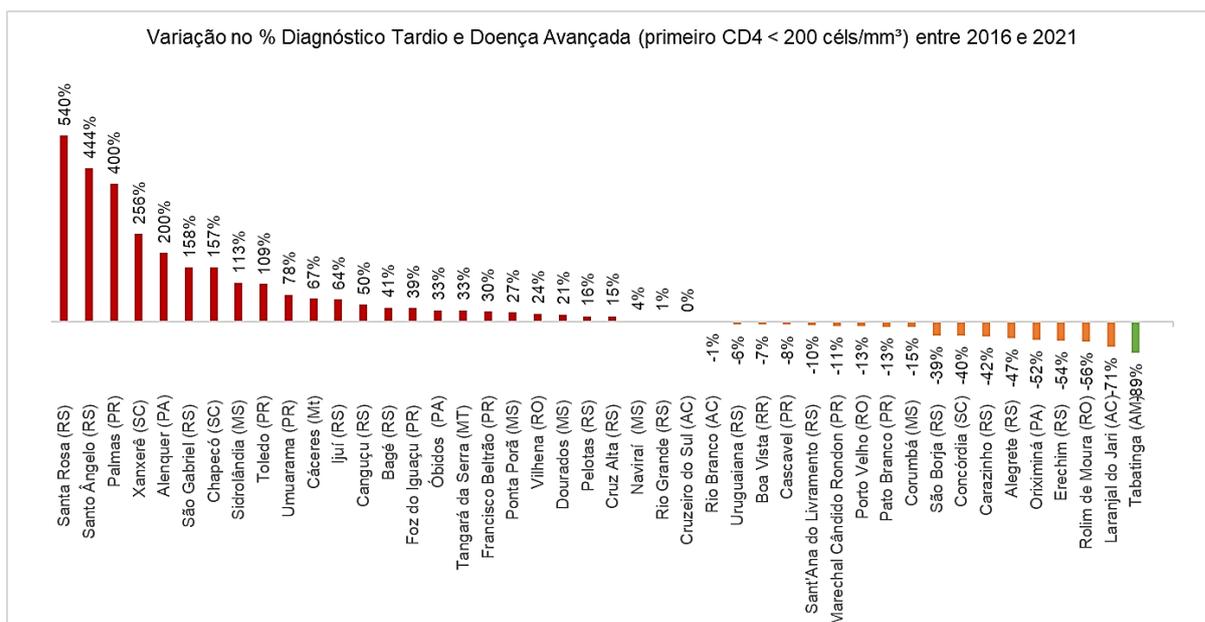
MUNICÍPIO	TEMPO MEDIANO (EM DIAS) PARA INÍCIO DE TARV APÓS PRIMEIRO CD4		
	2016	DE2.1 2021	DE2.2 % de variação
Alenquer (PA)	72	0	-100,0%
Óbidos (PA)	63	0	-100,0%
Carazinho (RS)	9	0	-100,0%
Umuarama (PR)	302	1	-99,8%

Tabatinga (AM)	1442	9	-99,4%
Canguçu (RS)	48	1	-97,9%
Corumbá (MS)	145	12	-92,0%
Tangará da Serra (MT)	63	7	-88,9%
Dourados (MS)	51	6	-88,2%
Erechim (RS)	101	14	-86,1%
Foz do Iguaçu (PR)	38	7	-82,9%
Concórdia (SC)	21	4	-80,5%
Cruz Alta (RS)	105	28	-73,3%
São Gabriel (RS)	130	36	-72,3%
Palmas (PR)	107	32	-70,1%
Uruguaiana (RS)	50	15	-70,0%
Alegrete (RS)	96	30	-69,3%
Rolim de Moura (RO)	63	20	-68,3%
Oriximiná (PA)	76	30	-60,5%
Ijuí (RS)	36	15	-58,3%
Rio Grande (RS)	79	34	-57,0%
Pelotas (RS)	70	31	-55,7%
Santo Ângelo (RS)	34	18	-48,5%
Cascavel (PR)	60	31	-48,3%
Xanxerê (SC)	32	17	-46,9%
Ponta Porã (MS)	45	25	-44,4%
Bagé (RS)	33	20	-40,9%
Toledo (PR)	46	28	-39,1%
Francisco Beltrão (PR)	60	37	-37,8%
Vilhena (RO)	28	18	-37,5%
Porto Velho (RO)	37	26	-31,1%
Boa Vista (RR)	30	21	-30,0%
Sidrolândia (MS)	28	22	-21,8%
Pato Branco (PR)	26	21	-19,2%
Laranjal do Jari (AC)	32	27	-15,6%
Rio Branco (AC)	55	46	-15,6%
Chapecó (SC)	17	15	-11,8%
Sant'Ana do Livramento (RS)	13	13	-3,8%
Santa Rosa (RS)	43	41	-3,5%
Naviraí (MS)	59	81	37,3%
Cáceres (MT)	15	29	93,3%
São Borja (RS)	24	48	100,0%
Marechal Cândido Rondon (PR)	21	49	136,6%
Cruzeiro do Sul (AC)	97	251	158,8%

Fonte: de autoria própria

Quanto a redução no percentual de diagnóstico tardio e doença avançada entre os anos de 2016 e 2021 (DE2.3), apenas Tabatinga (AM) logrou redução superior a 75%. 17 (38,6%) municípios, apesar de não alcançarem a meta, obtiveram redução em seu percentual de diagnóstico tardio, e os 25 restantes (56,8%) apresentaram aumento. A faixa de variação de aumento foi de 1% a 540%, sendo o menor valor de Rio Grande (RS) e o maior de Santa Rosa (RS) (Figura 3).

Figura 3. Variação % de diagnóstico tardio e doença avançada (2016 e 2021)

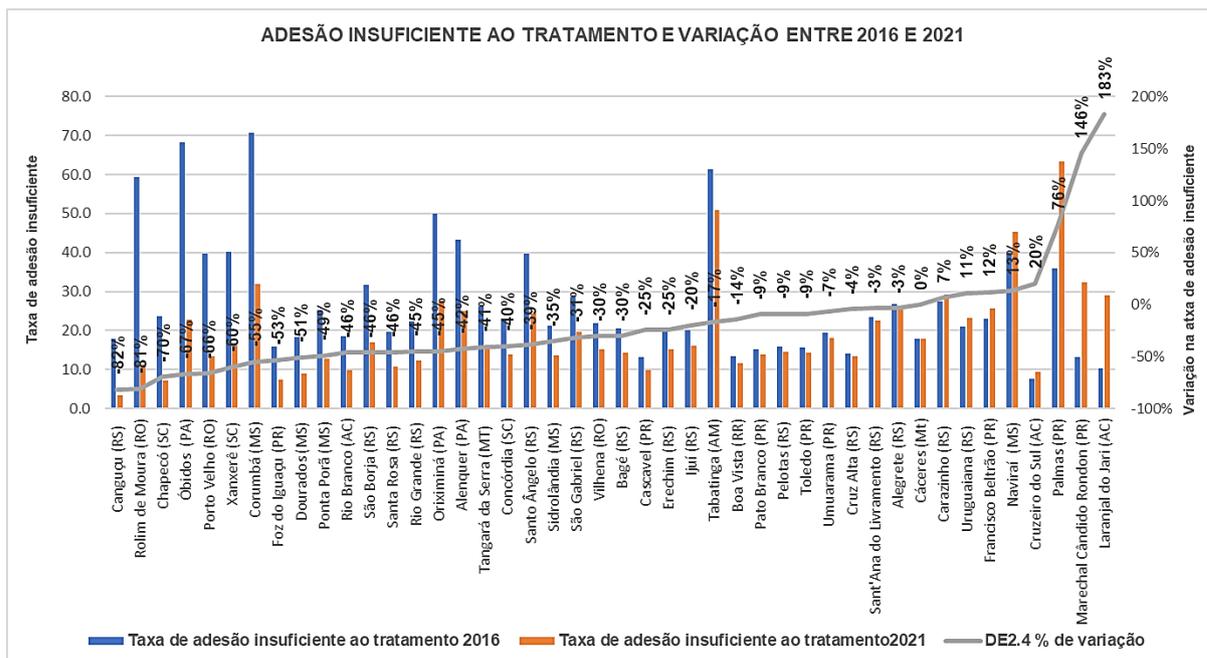


Fonte: de autoria própria

Apenas Canguçu (RS) e Rolim de Moura (RO) conseguiram alcançar a meta de redução de ao menos 75% proposta para o indicador DE2.4 - A variação da taxa de adesão insuficiente ao tratamento entre os anos de 2016 e 2021. Esses municípios apresentaram variação negativa, respectivamente, de 82% e 81%. Outros 33 municípios apresentaram variações negativas (reduções na taxa de adesão insuficiente), mas sem alcançar os 75%. A faixa de variação do indicador para esses municípios foi de -70% com Chapecó (SC) a -3% com Alegrete (RS). Cáceres (MT) foi a única localidade que não apresentou alteração na taxa de adesão durante o período analisado.

Os piores resultados foram observados em Carazinho (RS); Uruguaiana (RS); Francisco Beltrão (PR); Naviraí (MS); Cruzeiro do Sul (AC); Palmas (PR); Marechal Cândido Rondon (PR) e Laranjal do Jari (AC). Todos apresentaram variação positiva, com porcentagens de aumento entre 7% em Carazinho (RS) a 183% em Laranjal do Jari (AC) (Figura 4).

Figura 4. Adesão insuficiente ao tratamento e variação entre 2016 e 2021 (de2.4)

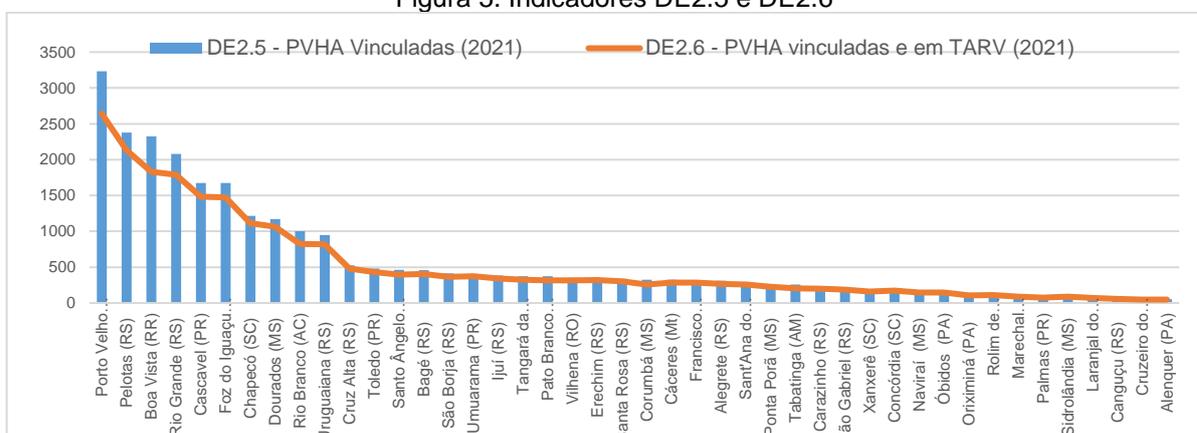


Fonte: de autoria própria

O município com maior quantidade de PVHA vinculadas (DE2.5) foi Porto Velho (RO) com 3332 pessoas, seguido de Pelotas (RS) com 2376, ambas de grande porte. Ainda entre as de grande porte, Entre as de médio porte, Cruz Alta (RS) é a que tem mais PVHA vinculadas, com 524, e Alenquer é a que tem menos, apenas 54 (tabela).

Quanto ao número de PVHA vinculadas e em TARV (DE2.6), Porto Velho (RO) foi o município com a maior quantidade de PVHA, 2641 pessoas, e Corumbá (MS) o com menor, apenas 256. Entre os de médio porte, Cruz Alta (RS) é a que tem mais PVHA vinculadas e em TARV, com 479 pessoas. Já Alenquer (PA) e Cruzeiro do Sul (AC) são os com menor PVHA vinculadas e em TARV, apenas 48 (Figura 5).

Figura 5. Indicadores DE2.5 e DE2.6



Fonte: de autoria própria

Tabela 5. Valores indicadores DE2.5 e DE2.6

MUNICÍPIO	DE2.5 - PVHA Vinculadas (2021)	DE2.6 - PVHA vinculadas e em TARV (2021)
Porto Velho (RO)	3232	2641
Pelotas (RS)	2376	2132
Boa Vista (RR)	2325	1828
Rio Grande (RS)	2080	1790
Cascavel (PR)	1673	1481
Foz do Iguaçu (PR)	1672	1475
Chapecó (SC)	1214	1112
Dourados (MS)	1170	1064
Rio Branco (AC)	1002	822
Uruguaiana (RS)	950	820
Cruz Alta (RS)	524	479
Toledo (PR)	479	433
Santo Ângelo (RS)	465	397
Bagé (RS)	458	405
São Borja (RS)	415	364
Umuarama (PR)	398	373
Ijuí (RS)	381	343
Tangará da Serra (MT)	375	324
Pato Branco (PR)	372	317
Vilhena (RO)	353	316
Erechim (RS)	348	320
Santa Rosa (RS)	337	301
Corumbá (MS)	325	256
Cáceres (MT)	325	287
Francisco Beltrão (PR)	316	284
Alegrete (RS)	311	265
Sant'Ana do Livramento (RS)	293	256
Ponta Porã (MS)	264	227
Tabatinga (AM)	257	205
Carazinho (RS)	228	199
São Gabriel (RS)	220	185
Xanxerê (SC)	193	161
Concórdia (SC)	187	172
Naviraí (MS)	173	146
Óbidos (PA)	153	145
Oriximiná (PA)	123	107
Rolim de Moura (RO)	122	111
Marechal Cândido Rondon (PR)	101	87
Palmas (PR)	99	76
Sidrolândia (MS)	97	90
Laranjal do Jari (AC)	94	73
Canguçu (RS)	65	59
Cruzeiro do Sul (AC)	64	48
Alenquer (PA)	54	48

Fonte: de autoria própria

3.3. SUB-DIMENSÃO CONTINUIDADE

A taxa de perda de seguimento no tratamento (DE3.1) foi igual ou inferior a 15% em 42 (95,4%) municípios. Apenas Boa Vista (RR) e Palmas (PR) não alcançaram a meta e apresentaram, respectivamente, 17% e 15,6% de perda de seguimento (Tabela 5).

Tabela 5. Valores indicadores DE3.1, DE3.2 e DE3.3

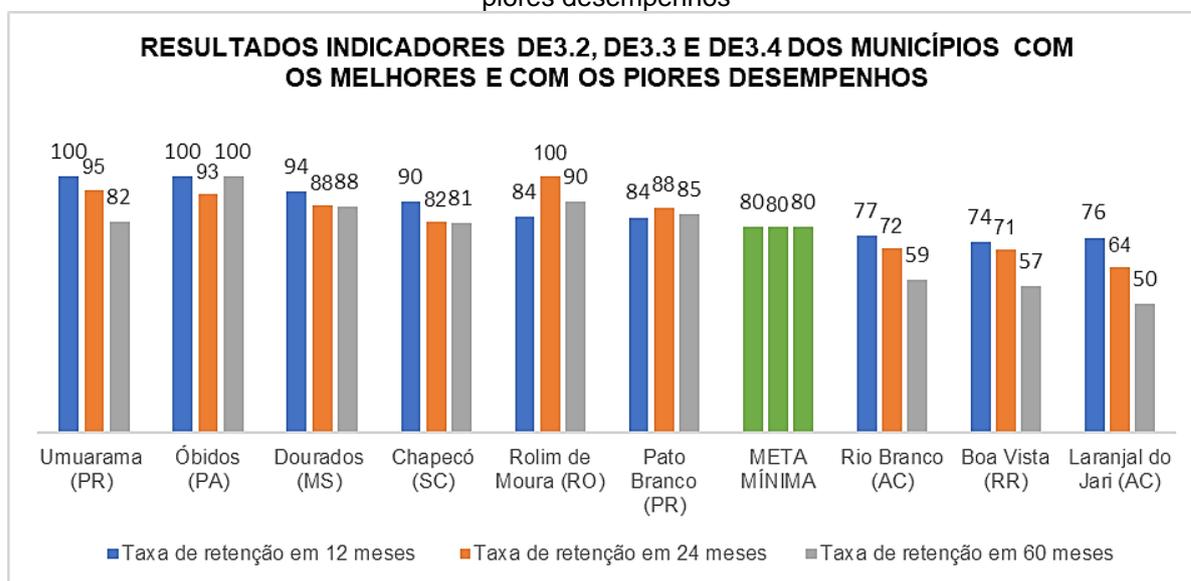
MUNICÍPIO	DE3.1 Taxa perda de seguimento no tratamento	DE3.2 Taxa retenção em 12 meses	DE3.3 Taxa de retenção em 24 meses	DE3.4 Taxa de retenção em 60 meses
	%	%	%	%
Óbidos (PA)	2.7	100.0	92.9	100.0
Canguçu (RS)	3.3	81.3	100.0	25.0
Rolim de Moura (RO)	4.3	84.2	100.0	90.0
Chapecó (SC)	5.0	90.0	82.2	81.5
Ijuí (RS)	5.0	97.6	73.9	80.0
Erechim (RS)	5.1	92.9	81.1	65.4
São Gabriel (RS)	5.2	87.8	64.7	78.3
Sidrolândia (MS)	5.3	88.9	100.0	60.0
Umuarama (PR)	5.4	100.0	94.7	82.1
Toledo (PR)	5.5	85.7	82.4	69.8
Concórdia (SC)	5.5	88.1	85.7	61.1
Sant'Ana do Livramento (RS)	5.9	91.3	92.9	71.0
São Borja (RS)	6.2	68.8	86.1	78.3
Pelotas (RS)	6.4	81.2	76.7	67.4
Uruguaiana (RS)	6.4	80.0	83.6	51.1
Marechal Cândido Rondon (PR)	6.5	91.0	92.9	38.5
Ponta Porã (MS)	6.6	85.7	79.5	63.6
Bagé (RS)	6.9	90.2	78.7	67.9
Dourados (MS)	6.9	94.1	88.5	88.0
Vilhena (RO)	7.6	77.3	85.3	81.5
Alenquer (PA)	7.7	100.0	100.0	66.7
Oriximiná (PA)	7.8	80.0	58.3	54.5
Francisco Beltrão (PR)	7.8	74.3	94.3	83.3
Rio Grande (RS)	7.9	78.3	81.3	75.2
Santa Rosa (RS)	8.0	84.1	90.6	78.9
Cascavel (PR)	8.7	100.0	83.6	75.0
Cáceres (MT)	8.9	86.0	72.7	67.7
Xanxerê (SC)	9.2	82.4	76.9	78.6
Foz do Iguaçu (PR)	9.5	93.8	80.9	67.2
Carazinho (RS)	9.6	90.9	73.3	68.2
Santo Ângelo (RS)	10.0	90.9	72.2	60.5
Naviraí (MS)	10.4	100.0	65.0	70.0
Alegrete (RS)	10.8	89.1	59.1	54.4
Tabatinga (AM)	10.9	80.8	64.0	53.1
Cruzeiro do Sul (AC)	11.1	100.0	55.6	50.0
Pato Branco (PR)	11.2	83.9	87.9	85.0
Porto Velho (RO)	11.8	82.8	75.3	65.8
Laranjal do Jari (AC)	12.0	76.0	64.3	50.0
Tangará da Serra (MT)	12.4	79.3	84.4	71.8
Rio Branco (AC)	13.7	76.8	71.7	59.3
Corumbá (MS)	14.1	89.1	75.7	50.0

Palmas (PR)	15.6	79.2	90.9	58.8
Boa Vista (RR)	17.0	74.3	71.1	57.1

Fonte: de autoria própria

Quanto as taxas de retenção em 12 meses (DE3.2), em 24 meses (DE3.3) e em 60 meses (DE3.4), seis municípios conseguiram retenção igual ou superior a 80% nos três indicadores: Rolim de Moura (RO), Óbidos (PA), Pato Branco (PR), Umuarama (PR), Chapecó (SC), e Dourados (MS). Rio Branco (AC), Boa Vista (RR) e Laranjal do Jari (AC) não obtiveram retenção de no mínimo 80% em nenhum dos três indicadores (Figura 3).

Figura 3. Resultados indicadores DE3.2, DE3.3 e DE3.4 dos municípios com os melhores e com os piores desempenhos



Fonte: de autoria própria

Quinze municípios (34,1%) apresentaram, em 2021, porcentagem de PVHA vinculadas que estavam em TARV igual ou superior a 90% (DE3.5). O pior desempenho foi de Cruzeiro do Sul (AC) com 72% (Tabela 6).

Tabela 5. Municípios por % de PVHA vinculadas e em TARV em 2021 (DE3.5)

% de PVHA vinculadas que estavam em TARV em 2021	MUNICÍPIO
95%	Óbidos (PA)
94%	Umuarama (PR)
93%	Sidrolândia (MS)
92%	Chapecó (SC); Concórdia (SC); Erechim (RS)
91%	Rolim de Moura (RO); Canguçu (RS); Cruz Alta (RS); Dourados (MS)
90%	Vilhena (RO); Toledo (PR); Francisco Beltrão (PR); Ijuí (RS); Pelotas (RS)

89%	Cascavel (PR); Alenquer (PA); Santa Rosa (RS)
88%	Foz do Iguaçu (PR); Bagé (RS); São Borja (RS); Cáceres (MT)
87%	Sant'Ana do Livramento (RS); Oriximiná (PA); Carazinho (RS)
86%	Tangará da Serra (MT); Ponta Porã (MS); Rio Grande (RS); Uruguaiana (RS); Marechal Cândido Rondon (PR)
85%	Santo Ângelo (RS); Alegrete (RS); Pato Branco (PR)
84%	São Gabriel (RS); Naviraí (MS)
83%	Xanxerê (SC)
82%	Porto Velho (RO); Rio Branco (AC)
80%	Tabatinga (AM)
79%	Corumbá (MS); Boa Vista (RR)
78%	Laranjal do Jari (AC)
77%	Palmas (PR)
75%	Cruzeiro do Sul (AC)

Fonte: de autoria própria

4 DISCUSSÃO

A heterogeneidade dos resultados e do alcance das metas pelos municípios analisados apontam para a disparidade dos níveis de capacidade, preparo e desenvolvimento dos programas de HIV/AIDS nos municípios de médio e grande porte da faixa de fronteira. A conclusão corrobora com os achados de SUPHANCHAIMAT et al (2014) sobre a complexidade da resposta em região de fronteira, especificamente a brasileira que é extensa e com ligação com diversos países vizinhos. Essas nuances impõem à gestão local enormes desafios e foram refletidos nos alcances das metas propostas.

Nessa linha, o desempenho do programa de Boa Vista (RR) nas metas propostas é alarmante e requer urgente adequação, e monitoramento constante por parte dos gestores com o objetivo de alcançar maior efetividade, acesso e desempenho. A urgência se caracteriza, além do não alcance de nenhuma das metas, pelo relevante e contínuo fluxo migratório vindo da Venezuela com característica pendular e retorno temporário (R4V, 2023). Essa tipo de migração é apontado por Zaslavsky e Goulart (2017) como complexificadora do processo de cuidado, da acessibilidade e da manutenção do contato entre o serviço e o paciente.

Além disso, a migração pendular e os retornos temporários podem gerar maior vulnerabilização e situações de risco e exposição ao HIV, devido a maior porcentagem de relações sexuais sem preservativo, maior número de parceiros sexuais, conforme apontado por Dias et al (2020).

Os resultados aos indicadores da sub-dimensão DE1. - Efetividade transpareceram a baixa efetividade dos programas e possível baixa capacidade de

controle da epidemia de AIDS nos municípios de fronteira. É preocupante a situação de aumento da taxa de detecção de aids em 43% dos municípios, todos com variações contrastantes com as diminuições da taxa de detecção entre 2016 e 2021 observadas em seus estados no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

O não alcance de nenhuma das metas dos indicadores de acesso (DE2) por 15 municípios e a inexistência de conformidade total aos quatro indicadores entre as localidades analisadas expõe a violação de direitos das PVHA em relação ao acesso ao tratamento nos municípios da faixa de fronteira. Esse baixo desempenho impacta na resposta a outras comorbidades relevantes em PVHA, como a coinfeção Tuberculose-HIV (SOUZA et al, 2019). Além disso, contribuem, como apresentado por Moser, Traebert e Souza (2008), para “(...) maior número de pessoas contaminadas [sic]², maior comprometimento de recursos financeiros e perdas sociais irreparáveis”.

A fragilidade encontrada na passagem da etapa de vinculação para tratamento das PVHA (indicador DE3.5) e as diminuições significativas dos percentuais de retenção ao longo do tempo (DE3.2, DE3.3, DE3.4) encontram correspondência em dados obtidos na literatura. A baixa retenção e valores das etapas da cascata apresentados por municípios da região norte corrobora com os achados de Divino et al (2023) e sua análise da fronteira amazônica. Paralelamente, os altos resultados nos municípios do rio grande do sul conversam com os resultados de Vogler et al (2018) na fronteira sul do país.

Em relação às limitações do estudo, ressalta-se a falta de dados públicos quanto a novas infecções por HIV e número total de PVHA por município. Sem essas informações a avaliação feita nesse artigo precisou ser limitada ao aspecto da AIDS, perdendo assim o olhar da situação de manutenção da epidemia de HIV e as tendências de crescimento ou decréscimo. Essas informações são fundamentais para o gestor conseguir dimensionar os recursos necessários em educação em saúde, prevenção combinada e diagnóstico. De igual forma, as informações possibilitariam a delimitação dos grupos e populações-chave específicas ao local que não estariam tendo acesso à informação e tecnologias

² Não se utiliza mais o termo “contaminada/o” para fazer referência a infecção por HIV. O termo utilizado é “infectada/o”.

Uma segunda limitação foi a inexistência de informações nos painéis e interface pública dos bancos de dados quanto a nacionalidade das pessoas acometidas por AIDS e PVHA em tratamento, impossibilitando que seja feita análise mais granular dos atendimentos e cuidados em HIV/AIDS prestados pelo município à estrangeiros e o impacto dos fluxos migratórios e pendulares no programa local. Essa limitação pode ser contornada com solicitações de informação via Lei de Acesso à informação (LAI), uma vez que a informação de nacionalidade é coletada via ficha de notificação de casos de HIV/AIDS e cadastro no SICLOM. .

Apesar dessa falta de dados quanto a nacionalidade, podemos ancorar e justificar a necessidade de estudos mais profundos e granulares com os achados de Peiter (2005) onde as discrepâncias na capacidade de controle de doenças entre os países fronteiriços e a grande interação entre suas populações emergiram como relevantes fatores para as situações epidemiológicas locais. O autor ao analisar os casos de AIDS na faixa da fronteira durante o período de 1999-2001, concluiu que

A situação de saúde das populações das fronteiras visitadas [Brasil-Venezuela, Brasil-Colômbia-Peru, Brasil-Bolívia] apresentaram-se todas altamente impactadas por doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças infecciosas e parasitárias, fruto da persistência de condições de vida altamente desfavoráveis da maior parte de suas populações, da elevada mobilidade da população, da presença de populações altamente vulneráveis como garimpeiros, madeireiros, turistas, imigrantes; da presença do tráfico de drogas e prostituição. (PEITER, 2005)

Dessa forma, estudos complementares ao desse artigo, levando em consideração fatores apontados por Peiter (2005) são urgentes para compreensão mais integral da resposta, lacunas e espaços de ação.

5 CONCLUSÃO

Os indicadores e metas propostas para a avaliação dos programas de saúde em HIV/AIDS nos municípios de médio e grande porte da faixa de fronteira permitiram concluir que há clara necessidade de reforço e até mesmo reestruturações dos programas de saúde em HIV/AIDS nos municípios de médio e grande porte na faixa de fronteira brasileira, os quais não estão conseguindo conter a epidemia.

Ademais, o artigo aponta para a necessidade de maior compreensão das especificidades dos municípios de fronteira para melhor resposta, bem como dos fluxos migratórios e pendulares e os impactos desses sobre os sistemas de saúde e sobre a dinâmica da epidemia nesses municípios. É imperativo e improtelável a

avaliação das causas e identificação das barreiras de acesso, bem como dos grupos mais deixados para trás – incluindo migrantes, refugiados e pessoas em mobilidade.

Os apuramentos quanto a continuidade do cuidado demonstram, mesmo que de forma tímida, uma sub-dimensão em que há acertos mais claros. Estudos complementares e levantamentos de boas práticas podem servir de subsídios a outros municípios de fronteira, sendo possível identificação de possíveis parcerias existentes entre os serviços de saúde e outros aparelhos de estado – especialmente proteção e assistência social – que podem estar contribuindo na retenção.

Por fim, dado o forte perfil social da epidemia de AIDS e as diversas evidências que apontam as desigualdades como combustível para a epidemia (UNAIDS, 2022), é imprescindível a condução de análises enfocadas nos aspectos socioeconômicos da resposta nos municípios de médio e grande porte da faixa de fronteira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf

BRASIL. Decreto nº 9810, de 30 de maio de 2019. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Regional.. **Decreto Nº 9.810, de 30 de Maio de 2019**. Brasília, DF: Dou, 30 maio 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9810.htm#art19.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 200. Disponível em: http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/07/PNAS_2004.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022. Brasília 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf

BRASIL. DCCI. SVSA/MS. **Programação 2020 para estados e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 8 p. (1). Disponível em: <https://saudepulsando.com.br/admin/fotos/arquivo/78.pdf>

CAMLIN, C. S.; CHARLEBOIS, E. D. Mobility and its Effects on HIV Acquisition and Treatment Engagement: Recent Theoretical and Empirical Advances. **Current HIV/AIDS Reports**, 15. ago. 2019. Current Medicine Group LLC 1.

CASTILHO, Eduardo Pereira de. **Brasil: fronteiras terrestres**. Brasília: Funag, 2015. 2 p. Disponível em: <https://www.funag.gov.br/ipri/images/analise-e-informacao/fronteiras-terrestres-brasil-13052015>.

DESCHAMPS, Marley; DELGADO, Paulo; MOURA, Rosa. Mobilidade pendular na faixa de fronteira brasileira: Particularidades dos arranjos transfronteiriços In: PÊGO, Bolivar (org.). **Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. p. 1-462. ISBN: 978-85-7811-337-7.

DIAS, S.; GAMA, A.; LOOS, J.; et al. The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. **PLoS ONE**, v. 15, n. 2, p. 1–17, 2020. Public Library of Science.

DIVINO, Flavia et al. Vulnerability of the HIV cascade of care in an Amazonian town:: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*. 25. jan. 2023.

DUARTE, Vilmar Nogueira; BIDARRA, Zelimar Soares; CORRÊA, Alexandre S. Caracterização das Políticas de Desenvolvimento Regional para a Faixa de Fronteira Brasileira. In: OLIVEIRA, Edson Aparecida de Araujo Querido; CARNIELLO, Monica Franchi; VELLOSO, Viviane Fushimi (org.). **Anais do V SEDRES: Seminário de**

desenvolvimento regional estado e sociedade. Inovação, sociedade e desenvolvimento regional: repercussões e contradições nos territórios. Taubaté: EdUnitau, 2021. p. 1-2932. ISBN: 978-65-86914-27-6 (on-line).

HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: [10.7476/9788575415160](https://doi.org/10.7476/9788575415160).

IBGE. . **Municípios da Fronteira e Cidades Gêmeas**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=o-que-e>.

IBGE. . **Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2021**. 2021. Disponível em: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fftp.ibge.gov.br%2FEstimativas_de_Populacao%2FEstimativas_2021%2FPOP2021_20221212.xls&wdOrigin=BROWSELINK.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNS 2020-2023**: Plano Nacional de Saúde 2020-2023. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 159 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PQA-VS 2023**: Caderno de Indicadores Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 34 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/publicacoes-tecnicas/caderno-de-indicadores-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2023/view>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PQA-VS 2020**: Fichas de Qualificação -PQA-VS 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 23 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/portarias/fichas-de-qualificacao-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2020>

MOSER, Ana Maria Martins; TRAEBERT, Jefferson Luiz; SOUZA, Maria de Lourdes de. HIV/Aids: a realidade de fronteira. In: SOUZA, Maria de Lourdes de *et al* (org.). **A saúde na fronteira seca Brasil-Argentina**. Florianópolis: Boiteux, 2008. Cap. 1. p. 1-231. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_fronteira_seca_brasil_argentina.pdf#page=69.

MOREIRA, Paula Gomes. Trajetórias conceituais e novas formas de interação nas fronteiras brasileiras. In: PÊGO, Bolivar (org.). **Fronteiras do Brasil**: uma avaliação de política pública. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. p. 1-462. ISBN: 978-85-7811-337-7.

NUNES, Maria. Programa de Aceleração do Crescimento e as fronteiras. In: PÊGO, Bolívar (org.). **Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. p. 1-462. ISBN: 978-85-7811-337-7.

PEITER, Paulo Cesar. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na Passagem do Milênio**. 2005. 334 f. Tese (Doutorado) - Curso de Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>.

PINTO, Carlos Vinícius da Silva; OLIVEIRA, Samara; MARGUTI, Bárbara Oliveira. Um estudo sobre situações de vulnerabilidade social nos arcos de fronteira do Brasil. In: PÊGO, Bolívar (org.). **Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. p. 1-462. ISBN: 978-85-7811-337-7.

PROADESS (Brasil). Fiocruz. **Matriz de Indicadores: brasil - grandes regiões**. Brasil - Grandes Regiões. 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matraba>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PROADESS (Brasil). Fiocruz. **Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**. 2017. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp> . Acesso em: 01 jun. 2023.

R4V. . **Monitoramento dos Movimentos de Saída**. Brasília: R4V, 2023. 3 p. Disponível em: <https://www.r4v.info/pt/document/relatorio-monitoramento-dos-movimentos-de-saida-abril23>. Acesso em: 01 jan. 2021.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos (org.) Dimensão sócio-histórica: unidades didático-pedagógicas: políticas públicas de saúde, atitude social em avaliação / Organizado por Elizabeth Moreira dos Santos e Sonia Natal. Rio de Janeiro : ABRASCO, 2005. 160 p. (Série Ensinando Avaliação, v.1)

SPR. MDR. **Faixa de Fronteira**: programa de promoção do desenvolvimento da faixa da fronteira - ff. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2009. 66 p.

Disponível em:

<https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/cartilh-a-faixa-de-fronteira.pdf>

SOUZA DCS, Oliveira KS, Andrade RLP, Scatena LM, Silva-Sobrinho RA. Aspectos relacionados ao desfecho de tratamento dos casos de tuberculose associadas à comorbidades em situação de fronteira internacional. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40:e20190050. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190050>

SUPHANCHAIMAT, R.; SOMMANUSTWEECHAI, A.; KHITDEE, C.; et al. HIV/AIDS health care challenges for cross-country migrants in low- and middle-income countries: A scoping review. **HIV/AIDS - Research and Palliative Care**, 26. fev. 2014. DOVE Medical Press Ltd.

STAHLMAN, Shauna *et al.* HIV incidence among gay men and other men who have sex with men in 2020: where is the epidemic heading?. **Sexual Health**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 5-17, jan. 2017. CSIRO Publishing. <http://dx.doi.org/10.1071/sh16070>.

UNAIDS. . 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva. Unaid, 2015. 38p. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

UNAIDS. . **Mobility and stability**. Geneva: Unaid, 2019. 24 p. Disponível em: https://unaid.org/sites/default/files/media_asset/advancing-the-health-and-rights-of-migrants-in-latin-america-and-the-caribbean_en.pdf

UNAIDS. . **Dangerous Inequalities**: World AIDS Report 2022. Geneva: Unaid, 2022. 80 p. Disponível em: https://www.unaid.org/sites/default/files/media_asset/dangerous-inequalities_en.pdf

VOGLER, Ingridt Heldegard *et al.* Cascade of care for people living with HIV infection in Southern Brazil: results from a public health network. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 1-12, nov. 2018. <https://www.scielo.br/j/csp/a/z9DjTQ5YZLLrNFcdJkhRGgp/?format=pdf&lang=en>

ZASLAVSKY, Ricardo; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 3981-3986, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>.