

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Doutorado em Políticas Públicas

Marsam Alves de Teixeira

**MARCADORES DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS EM
UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2023

Marsam Alves de Teixeira

**MARCADORES DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS EM
UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de doutor em Políticas
Públicas do Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientador: Andréa Fachel Leal

Coorientadora: Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos André Bulhões Mendes

VICE-REITORA

Patricia Pranke

DIRETOR DO INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Hélio Ricardo do Couto Alves

VICE-DIRETOR DO INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Alex Niche Teixeira

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS

Luciana Leite Lima

CIP - Catalogação na Publicação

Alves de Teixeira, Marsam
MARCADORES DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV NA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE
ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS EM UMA CAPITAL DO SUL DO
BRASIL. / Marsam Alves de Teixeira. -- 2023.
130 f.
Orientador: Andréa Fachel Leal.

Coorientador: Luciana Barcellos Teixeira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. HIV/Aids. 2. Políticas Públicas de Saúde. I.
Fachel Leal, Andréa, orient. II. Barcellos Teixeira,
Luciana, coorient. III. Título.

Marsam Alves de Teixeira

**MARCADORES DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS
EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Porto Alegre. 27 de novembro de 2023.

Resultado: Aprovado (conceito A).

Luciana Barcellos Teixeira
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Leticia Maria Schabbach
Departamento de Sociologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Daila Lena Raenk
Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria
Municipal de Saúde de Porto Alegre

Paulo Behar
Departamento de Medicina Interna, Infectologia
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Andréa Fachel Leal por ter sido uma orientadora firme, mas carinhosa. Obrigado pela disposição, paciência e acolhida desde os primeiros contatos. A tua energia e sinceridade foram sempre uma mola precursora.

Agradeço à Profa. Dra. Luciana Teixeira pelo exemplo e confiança que tem depositado em mim desde o meu começo de carreira. Meus caminhos sempre cruzaram os teus, e o teu apoio sempre me sustentou nos dias difíceis.

Agradeço a todos os professores e pesquisadores que cooperaram direta ou indiretamente com este trabalho, mas em especial com o meu processo de formação e chegada até aqui. Trago aqui os meus colegas de doutorado e

Agradeço ao Núcleo de Assessoria Estatística pela disponibilidade e esforços conjuntos na configuração inicial dos meus dados. Aqui, acrescento ainda o excelente trabalho feito pelo estatístico Charles Ferreira, que tem aqui uma participação imensurável.

Agradeço aos colegas de trabalho pelo suporte no dia a dia, mas em especial as colegas Dayla Raenck e Fernanda Vaz e foram incansáveis e estiveram sempre disponíveis e me dando um suporte sem tamanho.

Por todas as renúncias, pelo investimento de uma vida, por todo amor e empenho na minha criação e na construção do meu caráter, agradeço aos meus pais. À minha esposa Rejane Malaggi e à minha filha Laura, fica o meu agradecimento sem fim pela compreensão ao longo desses anos, isso não seria possível sem o carinho, confiança, suporte, e paciência de vocês.

Agradeço, por fim, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS pela oportunidade, e por todo o suporte acadêmico necessário à minha formação.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, o perfil epidemiológico do HIV/Aids passou por mudanças significativas, refletindo avanços na compreensão, prevenção e tratamento da doença. No Brasil, a epidemia da Aids exigiu não apenas medidas de prevenção, mas também a reorganização do sistema público de saúde. Apesar dos avanços conquistados, ainda existem desafios a serem enfrentados. Em 2021, o Brasil registrou uma taxa de detecção de Aids de 16,5 casos a cada 100 mil habitantes e importantes diferenças regionais foram identificadas. Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, é a capital com a terceira maior taxa de detecção de HIV do Brasil. **Objetivos:** Analisar a Política de Enfrentamento ao HIV/AIDS através de marcadores de cuidado relacionados ao acesso, ao início da terapia antirretroviral, e aos aspectos clínicos, em um grupo de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids em Porto Alegre/RS, no ano de 2019. **Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva, realizada com dados secundários. A população do estudo são todos os indivíduos residentes de Porto Alegre/RS diagnosticados com HIV/Aids no ano de 2019, acompanhados por 24 meses. Os dados foram obtidos através de diferentes sistemas de informação em saúde (SIS), provenientes dos três entes federativos, e os indivíduos foram identificados através da técnica de *linkage*. **Considerações finais:** Nossos dados apontam para uma fragilidade na implementação da Política de Enfrentamento ao HIV/Aids em diversos âmbitos no município de Porto Alegre, tanto no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, bem como aos aspectos clínicos e de acompanhamento.

Palavras-chave: HIV/Aids; descentralização; políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, the epidemiological profile of HIV/AIDS has undergone significant changes, reflecting advances in understanding, prevention, and treatment of the disease. In Brazil, the AIDS epidemic has required not only preventive measures but also the reorganization of the public healthcare system. Despite the progress achieved, challenges remain. In 2021, Brazil recorded an AIDS detection rate of 16.5 cases per 100,000 inhabitants, with significant regional variations. Porto Alegre, the capital of Rio Grande do Sul, has the third-highest HIV detection rate in Brazil. **Objectives:** To analyze the HIV/AIDS response policy through care markers related to access, initiation of antiretroviral therapy, and clinical aspects in a group of individuals diagnosed with HIV/AIDS in Porto Alegre, Brazil, in 2019. **Methods:** This is a retrospective cohort study conducted with secondary data. The study population includes all individuals residing in Porto Alegre diagnosed with HIV/AIDS in 2019, followed for 24 months. Data were obtained from various health information systems (SIS) from the three federal entities, and individuals were identified through *linkage* techniques. **Conclusion:** Our data highlight weaknesses in the implementation of the HIV/AIDS response policy in various aspects in the municipality of Porto Alegre, including access to healthcare services as well as clinical and follow-up aspects.

Keywords: HIV/AIDS; decentralization; public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária à Saúde
CAIST - Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis
CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
DAPS - Diretoria de Atenção Primária à Saúde
ESF - Estratégias de Saúde da Família
HIV - Vírus da imunodeficiência humana
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organizações Não Governamentais
PSF - Programa de Saúde da Família
PVHA – Pessoas vivendo com HIV/Aids
SES - Secretarias Estaduais de Saúde
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIMC - Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais.
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV - Tratamento antirretroviral
TR – Teste/ Testagem Rápida
UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
VE - Vigilância epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	POLÍTICAS PÚBLICAS	12
3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	16
3.1	O SUS E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	21
4	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	26
4.1	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	30
5	A EPIDEMIA DO HIV/AIDS	34
5.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS NO BRASIL	40
5.2	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA HIV/AIDS	48
5.3	TRATAMENTO DE PVHA NO BRASIL	52
5.3.1	Rede de Atenção à Saúde às PVHA em Porto Alegre	58
6	OBJETIVOS	64
6.1	OBJETIVO GERAL	64
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	64
7	METODOLOGIA	65
7.1	DELINEAMENTO	65
7.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	65
7.3	COLETA DE DADOS	65
7.4	LINKAGE DOS DADOS	67
7.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	67
7.6	ANÁLISE DOS DADOS	69
7.7	ASPECTOS ÉTICOS	70
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	76

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou por um processo significativo de descentralização da saúde. A descentralização da saúde implicou na transferência de responsabilidades, recursos e poder de decisão para estados e municípios, que passaram a ter autonomia na gestão e organização dos serviços de saúde em sua localidade (DA ROS, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Essa mudança permitiu que os gestores municipais pudessem adaptar as políticas de saúde de acordo com as necessidades e realidades locais, promovendo uma maior participação da comunidade e uma maior proximidade entre os serviços de saúde e a população (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Neste contexto, cabe ao governo federal o papel de desenvolver, através de leis e atos normativos, políticas públicas de saúde, além de coordenar e normatizar padrões nacionais para a ação governamental nas outras esferas do governo. O financiamento do sistema de saúde é atribuição dos três entes federados.

Com a descentralização, houve um fortalecimento da Atenção Primária, através da criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e a valorização da prevenção e promoção da saúde (DA SILVA, 2012; PAIM, 2009). Além disso, houve um investimento na regionalização da saúde, buscando a integração dos serviços e a garantia de assistência em todos os níveis de complexidade. Apesar de grandes avanços conquistados, há desafios colocados para implementar políticas públicas descentralizadas, especialmente em um país tão diverso quanto o Brasil.

Segundo Arretche (2003), a estrutura organizativa do sistema de saúde não expressa sob quais perspectivas os arranjos institucionais devem se dar. Desta maneira, os instrumentos do governo federal para coordenar as políticas sociais e induzir decisões dos governos locais é limitada, uma vez que estes detêm de autonomia fiscal e política, tendo, portanto, condições institucionais de aderir, ou não, as políticas federais. Da mesma forma, não há garantia de que os gestores que aderirem às políticas estejam determinados a administrar com eficiência planejada pelo governo federal.

Outros entraves podem afetar a operacionalização de uma política a nível local, como questões relacionadas à estratégia utilizada, aos interesses em jogo, aos múltiplos atores envolvidos, a capacidades local de implementação, e às

características sociais, econômicas e culturais de cada região (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Uma das maneiras de avaliar se uma política foi operacionalizada sem entraves pelo governo local é através da análise de implementação, campo de análise das políticas públicas que busca olhar para o momento específico da materialização ou concretização das políticas públicas (LIMA; D'ASCENZI, 2018). Como em outras áreas, há diferentes teorias e visões que buscam auxiliar os estudos de implementação.

A análise “top-down” de implementação compreende que as decisões legítimas do Estado devem ser tomadas por políticos eleitos, e aos atores burocráticos (não eleitos), caberia o papel de implementar o que foi acordado previamente, sem tomar decisões durante o processo que pudessem modificar a política ou comprometer a própria democracia (SARAVIA; FERRAREZI, 2006; SECCHI, 2014). Através desta perspectiva, a solução para uma perfeita implementação de política pública seria aumentar a definição e clareza de objetivos, e aumentar o controle de quem os executa (LOTTA, 2019).

Em contraposição à esta visão, nos anos 1970 e 1980 surge a corrente analítica que busca compreender o processo de implementação justamente através dos burocratas que estão na parte de “baixo” do processo (FARIA, 2003). Esta corrente, denominada “bottom-up”, foi impulsionada pela Sociologia, que passou a olhar para os atores envolvidos no processo de implementação, denominados street-level bureaucrats (burocratas de nível de rua). Os estudos sobre estes atores irão demonstrar que há muitos processos decisórios envolvidos na implementação de uma política, que a burocracia não é apenas uma máquina, e que compreender como ela se comporta ou toma decisões é central para a análise das políticas públicas (FARIA, 2003; SOUZA, 2006b).

Dentro desta perspectiva, o presente trabalho se propõe a analisar a Política de Enfrentamento ao HIV/Aids no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. O HIV, vírus causador da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), representa uma questão complexa e multifacetada desde o início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos.

Durante a primeira década da epidemia, a doença era considerada fatal (PARKER, 1994). Com o avanço da pesquisa e da educação, houve progressos significativos na prevenção da transmissão do HIV. A promoção do uso de

preservativos, a disponibilização de tratamento antirretroviral, a implementação de programas de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis e a disseminação de informações sobre práticas sexuais seguras foram fundamentais para reduzir a transmissão do vírus (GRANGEIRO *et al.*, 2012).

A resposta à epidemia do HIV/Aids exigiu não apenas medidas de prevenção e tratamento, mas também uma reorganização do sistema de saúde para garantir o acesso universal aos serviços. A descentralização permitiu que os municípios assumissem um papel mais ativo na gestão da saúde, possibilitando uma abordagem mais abrangente e adaptada às necessidades locais no enfrentamento do HIV (PIMENTA *et al.*, 2011). Essa abordagem descentralizada tem como objetivo promover o cuidado integral das pessoas vivendo com HIV, garantindo a coordenação dos diversos sistemas de informação em saúde e superando os desafios enfrentados, como a sobrecarga dos profissionais, a quebra no fluxo de informações e a dificuldade de identificação e acompanhamento dos usuários do sistema de saúde (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Apesar dos avanços conquistados, ainda existem desafios a serem enfrentados. Em 2021, o Brasil registrou uma taxa de detecção de Aids de 16,5 casos a cada 100 mil habitantes, com 40.880 casos notificados, e importantes diferenças regionais foram identificadas (BRASIL, 2022a). Há a necessidade de fortalecer a capacidade dos municípios na gestão dos serviços, melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde e promover uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, a epidemia de HIV afeta desproporcionalmente certos grupos populacionais, como homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres transgênero, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, destacando a importância de abordar as desigualdades e o estigma relacionados ao HIV.

O atual cenário político exige atenção, pois existem movimentos governamentais que indicam um enfraquecimento das políticas de enfrentamento ao HIV em nível nacional (DAMIÃO *et al.*, 2022). Essas medidas incluem a reestruturação dos órgãos de defesa já consolidados, o subfinanciamento da política e a redução da representatividade e participação social. Se faz necessário acompanhar de perto tais desenvolvimentos e lutar pela manutenção e fortalecimento das políticas de enfrentamento ao HIV no Brasil.

O presente trabalho está dividido da seguinte forma: no capítulo 2 serão abordados os conceitos de políticas públicas e suas principais teorias. No capítulo 3, serão discutidas as políticas públicas de saúde no Brasil, trazendo o histórico das mesmas, a criação do SUS e a descentralização da saúde para a Atenção Primária. No capítulo 4 é abordado a temática da vigilância em saúde, e os sistemas de informação presentes no país. No capítulo seguinte, são discutidos temas relacionados especificamente ao HIV/Aids, como dados epidemiológicos, histórico de políticas de prevenção ao HIV/Aids no país, e o tratamento da enfermidade dentro do SUS. O presente documento corresponde a uma versão parcial deste estudo, sendo retirados desta versão os capítulos destinados à apresentação dos resultados e discussão devido a necessidade de preservação destas informações para futuras publicações.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

O histórico das políticas públicas remonta às civilizações antigas, quando governantes implementavam ações para regular questões sociais, econômicas e políticas (SOUZA, 2006b). No entanto, o conceito moderno de políticas públicas surge no contexto pós-Segunda Guerra Mundial, com a necessidade de reconstrução e reestruturação dos países afetados pelo conflito, com um aumento significativo do papel do Estado na economia e na promoção do bem-estar social. Essa mudança de paradigma foi influenciada pela ascensão do Estado de Bem-Estar Social, também conhecido como Welfare State, em países como Reino Unido, Suécia e Estados Unidos. O Estado de Bem-Estar Social buscava garantir direitos e serviços básicos à população, como saúde, educação, previdência social e emprego (SOUZA, 2006b).

Ao longo do tempo, as políticas públicas evoluíram e se adaptaram aos desafios e demandas da sociedade. Houve um aumento na complexidade e abrangência das políticas, abordando áreas como economia, meio ambiente, segurança, cultura, igualdade de gênero, entre outras. No contexto atual, as políticas públicas enfrentam desafios complexos, como as mudanças climáticas, a globalização, o envelhecimento da população e a desigualdade social (FARIA, 2022). A necessidade de desenvolver políticas eficientes, baseadas em evidências e participativas, que atendam aos interesses e necessidades da sociedade, é cada vez mais evidente (FARIA, 2022). Assim, o histórico das políticas públicas demonstra sua constante evolução e adaptação às transformações sociais, políticas e econômicas. Elas desempenham um papel fundamental na governança e na busca pela promoção do bem-estar e da justiça social.

O estudo das políticas públicas tem despertado interesse crescente na literatura acadêmica, refletindo sua relevância para a compreensão e análise dos processos decisórios governamentais. A expressão “política pública” é interdisciplinar, pois sua descrição e definição abrangem áreas como Ciências Sociais Aplicadas, Ciência Política, Economia e Administração Pública (DIAS; MATOS, 2012). Nesse contexto, diferentes definições de políticas públicas têm sido propostas, refletindo a diversidade de perspectivas e abordagens teóricas adotadas pelos estudiosos.

No âmbito acadêmico, é possível encontrar diversas definições do conceito de políticas públicas. Essas definições variam em termos de detalhamento e refletem a complexidade das políticas públicas (FARIA, 2003; SECCHI, 2014). Embora possam divergir conceitualmente em alguns aspectos, essas definições geralmente compartilham construtos e concepções que destacam o coletivo como objeto de trabalho, ou seja, enfatizam a elaboração de propostas que visam beneficiar o bem-estar coletivo por meio das políticas públicas (RAEDER, 2015).

De acordo com Dias e Matos (2015), a construção conceitual da política pública requer, inicialmente, uma compreensão do termo "público". Os autores argumentam que o âmbito do público é diferenciado das esferas que se caracterizam como "privadas", uma vez que o público envolve a noção de intervenção governamental ou ação coletiva. Nesse sentido, o conceito de política pública pressupõe a existência de uma esfera ou domínio da vida que não é de natureza estritamente privada ou individual (DIAS; MATOS, 2012). Tal dimensão comum é referida como propriedade pública, uma vez que não é atribuída a um indivíduo específico, mas sim controlada pelo governo para fins de interesse público.

Considerando que o governo desempenha um papel central na administração dos recursos, é sua responsabilidade primordial abordar e resolver os problemas por meio do processo de planejamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas necessárias. De acordo com Dias e Matos (2015), uma possível definição de políticas públicas é o conjunto de princípios, critérios e diretrizes que garantem e possibilitam a gestão do Estado na resolução de questões de interesse nacional. No entanto, os autores ressaltam que as políticas públicas podem ser executadas também por organizações do terceiro setor, como organizações não governamentais (ONGs) e fundações. Nesse sentido, uma política pública pode ser compreendida como um "programa de ação governamental, que pode ser executado tanto pelos órgãos governamentais quanto por organizações do terceiro setor investidas de poder público e legitimidade governamental por meio do estabelecimento de parcerias com o Estado" (DIAS; MATOS, 2012, p. 14).

De acordo com Saravia e Ferrarezi (2006), o conceito de políticas públicas engloba o processo de tomada de decisões no âmbito público, visando à manutenção do equilíbrio social ou à introdução de desequilíbrios com o propósito de modificar a realidade existente. Essas políticas direcionam ações ou omissões, de natureza preventiva ou corretiva, com o objetivo de manter ou transformar a

realidade de um ou mais setores da vida social. Nesse contexto, são estabelecidas metas, estratégias de atuação e alocação de recursos para alcançar os objetivos delineados (SARAVIA; FERRAREZI, 2006). Esta definição ressalta a relevância das políticas públicas como instrumentos de promoção do bem-estar social, baseadas em decisões voltadas para o interesse coletivo. A compreensão e a efetiva implementação das políticas públicas contribuem para a melhoria das condições de vida da população e para a construção de uma sociedade mais justa e democrática. A finalidade última desse processo é a consolidação da democracia, a busca pela justiça social, a manutenção do poder ou a promoção da felicidade das pessoas (SARAVIA; FERRAREZI, 2006). Essa finalidade serve como um elemento direcionador amplo para as diversas ações que compõem uma política específica. Em termos operacionais, as políticas públicas podem ser descritas como um sistema de tomada de decisões públicas que abrange ações ou omissões, tanto de caráter preventivo quanto corretivo. Seu propósito é manter ou modificar a realidade de um ou mais setores da vida social, por meio da definição de metas, estratégias de atuação e alocação de recursos necessários para alcançar os objetivos estabelecidos (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Em uma revisão da literatura sobre Políticas Públicas, Souza (2006) traz as principais definições feitas durante o século XX. Mead (1995) define políticas públicas como um campo de estudo político que analisa o governo à luz de questões públicas fundamentais, enquanto Lynn (1980) a conceitua como um conjunto de ações governamentais que resultam em efeitos específicos. Seguindo a mesma linha, Peters (1986) descreve políticas públicas como a soma das atividades governamentais, que agem diretamente ou por meio de delegação, e que têm impacto na vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de políticas públicas como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, que propõe que a análise e tomada de decisões sobre políticas públicas envolvem a resposta às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença isso faz. Resumidamente, a política pública é um campo de conhecimento que busca simultaneamente "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente), e, quando necessário, propor mudanças na direção ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2006b). A formulação de políticas públicas constitui a etapa em que os governos democráticos

traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzem resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006a).

De acordo com Lima e D'Ascenzi (2018), é possível delinear uma definição para políticas públicas com base em cinco elementos distintos. Em primeiro lugar, destaca-se o elemento processual, enfatizando que as políticas públicas são constituídas por um conjunto de entendimentos, decisões e ações que são analisadas e implementadas por diferentes atores ao longo do tempo. Em segundo lugar, há o elemento relacionado à finalidade, no qual se ressalta que o objetivo de uma política pública é oferecer uma resposta organizacional a um problema social que foi interpretado como tal. Em terceiro lugar, há a questão substantiva, indicando que as políticas públicas são orientadas por valores, ideias e visões de mundo que influenciam suas diretrizes e objetivos. Em quarto lugar, destaca-se a dinâmica de interação e conflito entre os atores envolvidos nas políticas públicas, uma vez que o processo dessas políticas promove a redistribuição de recursos sociais e, conseqüentemente, gera conflitos e negociações entre os atores. Por fim, há a consequência, que se refere ao fato de que uma política pública tem o poder de transformar uma ordem local, ou seja, um sistema em que os atores interagem e realocam recursos, buscando orientar e delimitar a ação social por meio da transformação de estruturas sociais (LIMA; D'ASCENZI, 2018).

A diversidade de definições sobre políticas públicas reflete a natureza complexa e multifacetada desse campo. Diferentes perspectivas teóricas e práticas são adotadas por estudiosos e profissionais para compreender as políticas públicas. Entre os modelos analíticos utilizados, destaca-se o ciclo de políticas públicas, que apresenta as políticas como um processo composto por etapas interdependentes (RAEDER, 2015). O ciclo de políticas públicas geralmente é dividido em quatro etapas principais: *agenda setting* (definição da agenda), *policy formulation* (formulação da política), *policy implementation* (implementação da política) e *policy evaluation* (avaliação da política). Cada fase desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e no resultado final das políticas.

Esse modelo reconhece que as políticas passam por fases distintas, desde a sua concepção até a avaliação, com a participação de diferentes atores nas arenas políticas correspondentes (SECCHI, 2014). Embora seja uma simplificação da realidade, o ciclo de políticas públicas é uma ferramenta útil para analisar os

processos envolvidos na formulação e implementação das políticas públicas (LIMA; D'ASCENZI, 2018).

A primeira fase, *agenda setting*, refere-se à identificação e seleção de questões que serão abordadas por meio de políticas públicas. Nessa etapa, ocorre a definição de problemas e a mobilização de atores e grupos de interesse para colocar determinada questão na agenda política. Dentro dos estudos das políticas públicas, as análises desta fase buscam compreender como e por que determinados temas se tornam prioritários e entram na agenda de problemas que requerem alguma ação governamental (CAPELLA, 2018; RAEDER, 2015; SECCHI, 2014).

Em seguida, na fase de *policy formulation*, ocorre a elaboração e o desenvolvimento das políticas. Nessa etapa, são consideradas várias opções de políticas para lidar com o problema identificado. São formulados objetivos, estratégias, programas e instrumentos que irão orientar a ação governamental. As análises desta fase buscam compreender como as políticas públicas foram formuladas, quais atores estavam envolvidos nesse processo, qual o papel das coalizões, entre outros temas (CAPELLA, 2018; SOUZA, 2006a).

A terceira fase, *policy implementation*, é o momento em que as políticas são colocadas em prática. Nessa etapa, são alocados recursos, estabelecidos mecanismos de coordenação e implementadas ações e programas específicos. A implementação envolve uma série de desafios, como a tradução das políticas em ações concretas, a coordenação de múltiplos atores e a superação de obstáculos burocráticos e organizacionais. De forma sintética, os estudos desta fase buscam compreender as diferenças entre o que foi formulado e o que foi executado e o papel que os diferentes agentes tiveram nesse processo de transformação das políticas públicas (LOTTA, 2019).

Por fim, na fase de *policy evaluation*, ocorre a análise e avaliação do impacto e dos resultados das políticas implementadas. São realizadas pesquisas, coleta de dados e análises para determinar se os objetivos foram alcançados, se houve efetividade na implementação e quais ajustes são necessários (CAPELLA, 2018; LOTTA, 2019).

O papel Estado é fundamental na garantia de condições adequadas de vida para a população, por meio do estímulo e regulação do desenvolvimento. Uma das formas pelas quais o Estado cumpre essa atribuição é por meio da formulação e implementação de políticas públicas. Além da capacidade de elaborar e planejar

políticas públicas, o Estado deve conseguir efetivamente implementá-las, acompanhá-las e avaliá-las. Dessa forma, as políticas públicas se tornam um importante instrumento de gestão, capaz de traduzir-se na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos nos mais diversos contextos.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Dentro do campo das políticas públicas, surgiram vários modelos que buscam proporcionar uma compreensão mais clara dos motivos e mecanismos pelos quais o governo adota ou deixa de adotar certas ações. Uma das classificações existentes refere-se às políticas públicas voltadas para garantir a proteção contra riscos sociais e promover o bem-estar dos cidadãos, conhecidas como políticas sociais (MENICUCCI; GOMES, 2018). No contexto de uma concepção moderna de política social, essas políticas estão intrinsecamente ligadas à noção de cidadania e incorporam a ideia de assegurar direitos sociais de forma universal, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais. Essa abordagem enfatiza a importância das políticas públicas que visam promover o bem-estar e proteger os indivíduos em situações de vulnerabilidade social (LUCCHESI, 2002).

No contexto brasileiro, as Políticas Públicas de Saúde são compreendidas como uma forma de Política Social, uma vez que estão relacionadas ao exercício do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e à cidadania dos indivíduos. Essas políticas têm como objetivo garantir o acesso a um conjunto de benefícios integrados ao sistema de proteção social, que são considerados essenciais para o desenvolvimento da cidadania. Elas visam atender a uma necessidade intrínseca e essencial para o exercício da vida humana (DA SILVA, 2012).

No período anterior à promulgação da Constituição Federal, diferentes modelos de políticas de saúde foram adotados no Brasil. Até a década de 1960, o sistema de atenção à saúde estava baseado nos Institutos de Aposentadoria Privada (IAPs), nos quais trabalhadores e empregadores contribuíam com cerca de 3% de seus rendimentos para garantir o funcionamento de hospitais e ambulatórios gerais. Aqueles que não estavam empregados de forma regular dependiam de hospitais filantrópicos e instituições beneficentes para receber assistência médica (DA ROS, 2006).

Após o golpe militar de 1964, os IAPs foram desapropriados e se tornaram hospitais governamentais sob a jurisdição do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Nesse período, os trabalhadores passaram a pagar 6% de contribuição. Os recursos recebidos pelo MPAS foram utilizados para financiar grandes projetos do governo, além da construção de hospitais privados e aquisição

de exames e medicamentos (DA ROS, 2006). O acordo de financiamento da construção dos hospitais, realizado com recursos da Previdência, isentava o setor privado do pagamento por dez anos, e posteriormente ocorreria sem juros e correção monetária. Durante esse período, houve uma disseminação generalizada de corrupção em todos os níveis da saúde, com casos de aposentadorias fraudulentas, criação de exames fictícios e superfaturamento de materiais de consumo. Foi estabelecida uma central de medicamentos, cujo principal objetivo era ampliar a possibilidade de medicamentos privados alcançarem a população mais carente (DA ROS, 2006).

Durante o período mencionado, a atuação do poder público na área da assistência médica era realizada principalmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nos anos 1970, houve uma reestruturação interna no Ministério da Previdência com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) (SCOREL, 2012). Como parte dessa reestruturação, o INPS foi subdividido, e um órgão específico foi criado para lidar com as funções de assistência à saúde no âmbito da previdência, chamado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (LUCHESE, 2002).

A assistência à saúde, que inicialmente era prestada pelos Institutos de Aposentadorias (IAPs), posteriormente pelo INPS e, por fim, pelo INAMPS, estava restrita a uma parcela da população que contribuía com parte de seus salários para garantir esse direito (SCOREL, 2012). Essa contribuição financeira era uma forma de assegurar o acesso aos serviços de saúde, mas limitava o benefício apenas aos contribuintes do sistema previdenciário. Portanto, o acesso à assistência médica era condicionado à contribuição prévia para a previdência social, deixando uma parte significativa da população sem cobertura de saúde adequada (LUCHESE, 2002).

Após a crise do petróleo em 1973, o Brasil enfrentou sérias consequências econômicas que resultaram na primeira grande crise do governo militar. Durante esse período, surgiu um movimento denominado Movimento pela Reforma Sanitária, que foi organizado por diferentes grupos e atuou como uma contraposição ao complexo médico-industrial (FLEURY, 2009; PAIM, 2009). O Movimento pela Reforma Sanitária tinha como objetivo principal reverter a lógica existente na assistência à saúde. Seus princípios fundamentais incluíam a universalização do direito à saúde, a integração das ações preventivas e curativas que eram desenvolvidas separadamente pelos Ministérios da Saúde e da Previdência, a

mudança do foco de atendimento somente quando o paciente já estivesse doente para a promoção da prevenção, a promoção da saúde em vez de apenas tratar doenças, descentralização da gestão administrativa e financeira, além de promover a participação e o controle social (FLEURY, 2009).

Esse movimento buscava uma reformulação completa do sistema de saúde, com a implementação de uma abordagem mais ampla, baseada na promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso universal aos serviços de saúde (SCOREL, 2012). A ideia era superar a ênfase na atenção curativa e hospitalar, expandindo as ações para a prevenção e promoção da saúde, descentralizando a gestão e garantindo a participação da sociedade na tomada de decisões e no controle das políticas de saúde (FLEURY, 2009).

Em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde marcou uma importante tentativa de criar um sistema único de saúde no Brasil. No entanto, foi apenas em 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, que surgiu a proposta da PREV-Saúde, que visava repassar recursos de saúde para os municípios (SCOREL, 2012). A proposta da PREV-Saúde incluía a criação de uma lista de medicamentos básicos para os postos de saúde e a remuneração dos profissionais de saúde (LUCHESE, 2002). Apesar da perseguição política sofrida por muitos funcionários envolvidos com a iniciativa, algumas partes do governo militar apoiavam o Movimento Sanitário e suas propostas (LUCHESE, 2002).

Em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS), no qual um município de cada estado recebia recursos dos ministérios para fortalecer o sistema de saúde (SCOREL, 2012). No ano seguinte, em 1983, o programa foi elevado à condição de estratégia da política ministerial, e as Ações Integradas em Saúde (AIS) se tornaram uma prioridade dos ministérios. Essa política estava centrada nos municípios, que precisavam apresentar um plano municipal de saúde para obter recursos (SCOREL, 2012). Essa abordagem descentralizada buscava fortalecer a gestão local e permitir que as necessidades específicas de cada região fossem atendidas de forma mais eficaz (PAIM, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foi a primeira conferência com a participação da sociedade civil organizada, reunindo delegados eleitos em todos os estados. Na conferência, a diretriz de universalização da saúde foi aprovada por unanimidade, demonstrando o

compromisso e a aspiração de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira (PAIM, 2009). O relatório final da conferência teve um papel significativo, fornecendo subsídios para a elaboração de emendas populares durante o processo de redação da Constituição Federal de 1988 (ESCOREL, 2012).

3.1 O SUS E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990) representaram marcos importantes na política de saúde do Brasil. Essas mudanças trouxeram transformações significativas no desenho e na formulação do sistema de saúde. Novos atores foram incorporados e foram estabelecidos princípios e diretrizes fundamentais para o sistema.

A partir da Constituição de 1988, ficou estabelecido que o financiamento do sistema de saúde seria de responsabilidade dos três níveis de governo. Além disso, foi determinado que o sistema de saúde deve ser organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, com a descentralização do poder decisório em cada esfera de governo sendo uma das diretrizes fundamentais (BRASIL, 1988). Essas mudanças estruturais tiveram como objetivo promover maior equidade e efetividade na oferta de serviços de saúde, garantindo o acesso universal e integral à saúde para toda a população brasileira (CORDEIRO, 2001).

Uma das transformações mais importantes foi a descentralização das ações e dos serviços de saúde, transferindo a responsabilidade para os municípios e estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal e integral (LUCCHESI, 2002). Isso permitiu uma maior proximidade das políticas de saúde com as necessidades locais e uma maior participação da comunidade na tomada de decisões.

A Atenção Primária em saúde (APS) foi objeto de importantes mudanças dentro da saúde do país. A Atenção Primária à Saúde é um conceito fundamental no campo da saúde, reconhecido internacionalmente como uma abordagem efetiva para promover a saúde da população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a APS como "a assistência essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade". A APS abrange uma série de serviços de saúde, incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com ênfase na abordagem de promoção da saúde.

No contexto brasileiro, a implementação da APS teve início na década de 1970, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e criação da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, posteriormente, se transformou em um programa implementado pelo Ministério da Saúde na década de 90 (MENDES, 2015). Esses programas buscavam levar serviços de saúde às áreas rurais e periféricas, através de equipes de saúde multiprofissionais que atuavam em estreito contato com as comunidades. No entanto, foi a partir da criação do SUS que a APS ganhou maior visibilidade e respaldo legal no país. A Constituição Federal estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com a APS sendo reconhecida como a principal estratégia de organização e ordenamento do sistema de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 também reforçaram o papel central da APS na construção do SUS.

O processo de descentralização do SUS foi iniciado a partir da Constituição Federal de 1988, mas se intensificou a partir do lançamento das Normas Operacionais Básicas do SUS em 1993 e 1996 (BRASIL, 1993, 1996). Essas normas estabeleceram diretrizes e regulamentaram o processo de transferência de responsabilidades e poder decisório para os municípios, promovendo e consolidando o papel dos municípios na gestão da atenção à saúde de seus habitantes, embora com a participação conjunta dos estados e do governo federal (GERSCHMAN, 2004).

Outras importantes iniciativas foram implementadas visando fortalecer o SUS e também a APS no país. Destacam-se, por exemplo, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que posteriormente se transformou na Estratégia Saúde da Família (ESF), e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida em 2006, que estabeleceu diretrizes e direcionamentos para a APS (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). Além disso, a criação dos conselhos de saúde em diferentes níveis e a garantia de participação popular contribuíram para o fortalecimento do controle social e da transparência nas decisões e na gestão da saúde (MENDES, 2015).

A expansão da ESF foi um marco importante na história da APS no Brasil. O programa se baseia em equipes multiprofissionais que atuam de forma territorializada, com o objetivo de promover a integralidade do cuidado, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (FAUSTO; MATTA, 2007). A ESF tem alcançado resultados positivos, como a redução da mortalidade infantil, a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária e o aumento do acesso aos serviços de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Com a municipalização, os municípios assumiram um papel mais ativo na gestão e execução das ações de saúde em suas localidades. Isso inclui a responsabilidade de planejar, organizar e prestar serviços de saúde, além de promover ações de prevenção, promoção e assistência à saúde para a população local. Os municípios passaram a ter autonomia para definir suas prioridades, desenvolver estratégias adequadas às suas realidades e mobilizar recursos para o setor (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). Entre os pontos positivos da municipalização da saúde, destacam-se: a) a proximidade dos cidadãos com o sistema e os serviços de saúde; b) a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e; c) a melhoria de diversos indicadores de saúde (DE BARROS, 2019)

Apesar dos avanços, a APS no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, e tem sido objeto constante de estudos e debates (MACHADO, 2017). A descentralização da saúde, vista como um recurso para problemas de iniquidades de acesso, tem sido afetada por desigualdades territoriais, que atingem as capacidades e condições locais para a provisão de serviços (MELLO *et al.*, 2017). No Brasil, há uma forte concentração tributária a nível federal, mas o repasse destes recursos não tem acompanhado as obrigações e deveres dos municípios. Segundo Barros (2019), a União detém 60% da arrecadação de tributos do país, e arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17%, mas são responsabilizados por 32% do financiamento do SUS.

Além disso, a escassez de profissionais de saúde em algumas regiões, a descontinuidade das políticas públicas e a fragmentação do cuidado ainda são questões a serem enfrentadas (RIBEIRO *et al.*, 2018). A pandemia de COVID-19 evidenciou a necessidade de fortalecer a APS como estratégia central no enfrentamento de crises sanitárias e na promoção da saúde da população. Diante desse cenário, esforços têm sido direcionados para o fortalecimento da APS no Brasil, como a implementação da Atenção Primária à Saúde Baseada em Valor

(APSbV), que busca promover a qualidade, a equidade e a eficiência dos serviços (FARIA, 2022).

No âmbito financeiro, foram estabelecidos mecanismos de financiamento, como o repasse de recursos federais para os estados e municípios por meio do Fundo Nacional de Saúde e dos fundos estaduais e municipais de saúde. Isso visou garantir recursos adequados para a implementação das ações e serviços de saúde e promover a equidade no acesso (MASSUDA, 2020; MASSUDA *et al.*, 2018).

Desta forma, cabe ao Ministério da Saúde o papel de elaborar políticas, estratégias e ações de saúde que são direcionadas a todo o território nacional. Essas diretrizes estabelecem um modelo de atenção à saúde a ser seguido em todo o país. No entanto, cabe aos estados e municípios avaliar se essas propostas são viáveis e adequadas às necessidades locais. Eles têm autonomia para avaliar, adaptar e decidir pela adesão ou não às políticas propostas pelo Ministério da Saúde. Os estados e municípios têm a responsabilidade de avaliar a realidade local, considerar aspectos como demanda populacional, infraestrutura, recursos disponíveis e características regionais, e tomar decisões sobre a forma de implementar as políticas de saúde de acordo com suas necessidades e possibilidades (CORDEIRO, 2001).

Para regular esse processo, o governo federal possui mecanismos regulatórios que visam garantir certa uniformidade na implementação das políticas em todo o país. Conforme descrito por Arretche (2003), esses mecanismos consistem em regras institucionais que influenciam o processo de tomada de decisão e o comportamento dos governos locais. Essas regras incluem mecanismos de controle e punição, bem como arenas institucionalizadas para representação de interesses.

A autora ressalta que a qualidade das ações dos governos depende, em grande parte, dos incentivos e controles aos quais eles estão sujeitos (ARRETCHÉ, 2003). Isso significa que o governo federal utiliza esses mecanismos regulatórios para incentivar e orientar os estados e municípios na implementação das políticas de saúde, assegurando que haja uma coerência geral, mesmo considerando as particularidades locais. Esses mecanismos regulatórios desempenham um papel importante na busca por uma maior efetividade e equidade no sistema de saúde, permitindo que o governo federal acompanhe e avalie a implementação das políticas e tome medidas corretivas quando necessário.

Apesar dos mecanismos de controle existentes, o governo federal enfrenta desafios na implementação de políticas de saúde, conforme destacado por Dalfior *et al.* (2015). Quando as políticas são definidas em nível macro, elas passam por um processo amplo de aceitação ou rejeição por parte dos agentes responsáveis pela implementação em nível local. Isso é especialmente desafiador em um país de grande extensão territorial, como o Brasil, onde a implementação descentralizada de ações de saúde se torna mais complexa. Essa afirmação ressalta a importância dos burocratas de nível de rua como atores-chave na implementação e formatação final das políticas públicas. Esses indivíduos desempenham um papel crucial na adaptação das políticas às realidades locais, considerando as particularidades e necessidades de cada região. Sua participação influencia diretamente a forma como as políticas são implementadas, possibilitando ajustes e adequações necessárias para garantir a efetividade das ações de saúde no nível local (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Essas transformações institucionais e de gestão resultaram em uma nova dinâmica para a formulação e implementação das políticas de saúde, buscando a efetivação do direito à saúde, a promoção da integralidade dos cuidados e a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Para além disso, a descentralização das Políticas Públicas de Saúde promove a democratização do processo decisório, o controle social, a qualidade da informação disponível para a tomada de decisão, e se bem implementada, a eficiência na gestão das Políticas Públicas (ARRETCHE, 2003). Tais aspectos são importantes para a implementação de políticas e ações em diversas áreas, no entanto ressaltamos que ao se tratar da área da saúde, estes são imprescindíveis, motivo pelo qual muitos deles são abordados com frequência nos referenciais teóricos da saúde e nas legislações, normativas, e documentos oficiais do Sistema Único de Saúde.

4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Os primeiros registros relacionados à vigilância ocorreram com a peste Bubônica, nos séculos XIV e XV (DECLICH; CARTER, 1994). No século XIX houveram muitos avanços relacionados ao desenvolvimento da microbiologia. Desde o surgimento, o principal objetivo da vigilância em saúde era identificar indivíduos doentes em estágios iniciais para que medidas de isolamento pudessem ser implementadas (ARREAZA; MORAES, 2010). No Brasil, essa forma de vigilância era inicialmente conhecida como vigilância médica e posteriormente evoluiu para vigilância sanitária.

A partir da segunda metade do século XX, com a campanha de erradicação da varíola, o conceito de vigilância sanitária adquiriu um sentido mais amplo, passando a envolver o acompanhamento sistemático da incidência de doenças por meio da avaliação de registros de morbimortalidade, bem como outros dados relevantes para a saúde pública. Nesse contexto, a vigilância foi reconhecida como uma função essencial na saúde pública durante a 21ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1968 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Durante a década de 1970, ocorreu um processo de consolidação da vigilância, que resultou na distinção entre vigilância epidemiológica (VE) e vigilância sanitária. A vigilância epidemiológica concentrou-se no controle de casos de doenças transmissíveis, utilizando técnicas embasadas na epidemiologia. Por outro lado, a vigilância sanitária teve um escopo mais restrito, com ênfase em ações realizadas em áreas portuárias e direcionadas para a regulação de ambientes, produtos e serviços (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Nesse período, as intervenções voltadas para o controle de doenças transmissíveis eram de responsabilidade de órgãos governamentais federais, que conduziam suas atividades por meio de campanhas sanitárias. No entanto, ao longo dos anos 1980, a vigilância foi consolidada e passou a ser incorporada às práticas diárias dos serviços de saúde, não se restringindo apenas às doenças transmissíveis, mas abrangendo também outros problemas de saúde (ARREAZA; MORAES, 2010).

Em 1975, seguindo a recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi estabelecido o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) no Brasil.

O objetivo principal do SNVE era o controle de doenças endêmicas por meio da notificação compulsória, normatizado pela Lei 6.259/1975 (BRASIL, 1975). Com a criação do SNVE, parte das responsabilidades que antes eram centralizadas no governo federal foi transferida para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), seguindo um modelo hierárquico em forma de pirâmide (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). No entanto, esse modelo de distribuição de recursos e tomada de decisões resultou em um nível local com limitações de recursos e sem um papel ativo na resolução de seus próprios problemas (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

No Brasil, a Reforma Sanitária propôs mudanças na organização da vigilância epidemiológica e sanitária, guiando-as para a redução de riscos e danos das doenças, e além da identificação dos determinantes da saúde coletiva e individual. De acordo com a Lei Orgânica nº 8.080/90, a VE passou a ser definida como “um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos”. (BRASIL, 1990, p. 3). Assim, para conduzir a reorganização do SNVE através da perspectiva do SUS, seria necessária uma atuação descentralizada e conjunta dos órgãos, com atuação dos gestores locais. Neste período, algumas iniciativas foram implementadas, como a formação dos Núcleos Estaduais de Epidemiologia, que deveriam elaborar diretrizes específicas para cada território, além de estabelecer parcerias que possibilitassem a capacitação de profissionais da rede para utilizarem a metodologia epidemiológica em seus serviços (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Após a promulgação da Lei 8.080/90, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que continha dois órgãos: o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), e o Departamento de Operações/DEOPE. O CENEPI tinha competência para promover e disseminar o uso da epidemiologia em todas as esferas do SUS, enquanto cabia ao DEOPE a coordenação de ações de prevenção, em articulação com secretarias de saúde estaduais e municipais (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Nesse período, ocorreu um fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, que ganharam destaque a partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/1996). A norma estabeleceu que esses sistemas municipais deveriam ter autonomia técnico-gerencial, a fim de abordar de forma mais

efetiva os problemas específicos de cada território. Em 1999, o Ministério da Saúde regulamentou as competências da União, estados e municípios na área da epidemiologia, promovendo uma descentralização efetiva das ações por meio da Portaria Ministerial nº 1.399/99 (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Conforme destacado por Teixeira (2018), ao longo da década de 1990, foram enfrentadas diversas dificuldades no contexto da vigilância em saúde. Entre essas dificuldades, destaca-se a modalidade de transferência de recursos. Os recursos destinados às ações de epidemiologia na rede de serviços eram repassados por meio de convênios burocráticos estabelecidos entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com prazos pré-estabelecidos. Essa modalidade de transferência de recursos muitas vezes resultava na interrupção de ações e atividades que deveriam ser contínuas, causando dificuldades na continuidade e sustentabilidade das ações de vigilância. Em segundo lugar, houve um grande atraso na transferência de responsabilidades e servidores da Funasa para as SES e SMS, conforme previsto na Lei e na Constituição. Esse atraso comprometeu a efetiva descentralização das ações de vigilância em saúde, prejudicando a capacidade dos gestores locais de assumirem plenamente suas responsabilidades e de executarem as ações necessárias. Essas dificuldades evidenciaram a necessidade de superar entraves burocráticos e promover uma efetiva transferência de responsabilidades e recursos para as instâncias locais, a fim de garantir a continuidade e a qualidade das ações de vigilância em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Através da Portaria Ministerial nº 1.399/99, as responsabilidades e competências para o desenvolvimento das ações de epidemiologia foram transferidas para os estados e municípios do país, mediante o cumprimento dos requisitos mínimos (técnicos e operacionais) para obter a certificação para a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças. Segundo Oliveira e Cruz (2015), a descentralização da vigilância epidemiológica resultou em avanços significativos, principalmente pela inclusão de outros objetivos de vigilância, como questões nutricionais, fatores ambientais, saúde mental, relação entre saúde e trabalho, violência e vigilância de fatores de risco.

Durante os anos 1990, surgiram discussões sobre a necessidade de incorporar intervenções na vigilância epidemiológica que fossem além das ações de prevenção e controle de danos, buscando refletir sobre a dinâmica do processo

saúde-doença (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Nesse contexto, o conceito de Vigilância em Saúde foi proposto por Thacker e Berkelman (1988). Os autores argumentaram que o uso do termo "epidemiológica" para qualificar a vigilância era equivocado, uma vez que a epidemiologia é uma disciplina abrangente, e esse termo limitava a aplicação da epidemiologia nos serviços apenas ao acompanhamento de eventos adversos à saúde (THACKER; BERKELMAN, 1988). Internacionalmente, a denominação "vigilância em saúde pública" foi adotada, substituindo o termo "vigilância epidemiológica" e sendo utilizada em todas as publicações sobre o assunto desde o início dos anos 90.

A Vigilância em Saúde pressupõe uma abordagem mais integrada entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica, incorporando a epidemiologia em temas como desigualdade social em saúde. Para a vigilância epidemiológica, essa mudança significa monitorar não apenas o estado de saúde da população, mas também as tecnologias desenvolvidas, o acesso equitativo aos serviços de saúde, a utilização desses serviços com qualidade e efetividade, além da compreensão das relações sociais que determinam uma distribuição desigual de agravos à saúde (WALDMAN, 1998).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria da Vigilância da Saúde (SVS), incorporando as atividades do CENEPI e DEOPE. Essa reestruturação representou o reconhecimento da importância da vigilância para a saúde pública e estabeleceu maior autonomia administrativa e financeira no âmbito federal. Isso possibilitou aprimorar os mecanismos e critérios de transferência de recursos para estados e municípios, além de fortalecer a integração da vigilância em saúde com instituições de ensino e pesquisa, entre outros avanços (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

No documento do Pacto pela Saúde, de 2006, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) passou a ser denominado Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), uma vez que se considerou que esse novo termo era mais adequado, pois o escopo de atuação desse sistema ultrapassava a abrangência da vigilância epidemiológica tradicional (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Atualmente, o SNVS atua de forma articulada e hierarquizada em todo o território brasileiro, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), contando, quando necessário, com o apoio técnico-operacional da SVS.

Conforme apontado por Arreaza (2010), embora tenham ocorrido avanços na área da vigilância em saúde, é importante reconhecer que o método de trabalho ainda está predominantemente focado na busca por informações. Isso implica em uma vigilância que se concentra principalmente na rotina de notificação e investigação de casos, na transmissão de dados para outros níveis de saúde e na construção de bases e sistemas de informação (ARREAZA; MORAES, 2010).

4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, com o objetivo de fornecer informações para a análise da situação de saúde de uma população. São compostos por uma série de elementos interconectados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para respaldar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (MARIN, 2010). Segundo Cunha (2017), um sistema de informação é o conjunto de pessoas, equipamentos, procedimentos e recursos de comunicação que coletam e transformam o dado em uma informação para determinada organização.

Os objetivos principais de um sistema de informação em saúde devem ser: contribuir para aprimorar a qualidade, eficiência e eficácia do atendimento em saúde; e possibilitar a realização de pesquisas, fornecendo evidências e auxiliando no processo de ensino. Assim, um SIS deve gerenciar informações necessárias para que profissionais de saúde desempenhem suas atividades de forma efetiva e eficiente, facilitando a comunicação, e integrar informações entre diversos setores da saúde, fornecendo recursos para o apoio financeiro e administrativo (MARIN, 2010).

No Brasil, os SIS foram considerados institucionalizados com a padronização do formulário de Declaração de Óbito (DO) e do fluxo de coleta de dados durante a década de 1970. A padronização do formulário e do fluxo de coleta permitiu uma coleta mais eficiente e uniforme de informações relacionadas aos óbitos, possibilitando uma melhor compreensão da mortalidade no país. Outro importante marco para os SIS foi a regulamentação do registro civil no país, em 1973, quando a Lei Federal nº 6.015 atribuiu ao IBGE a responsabilidade por essas estatísticas (BRASIL, 2009).

Em âmbito nacional, o desenvolvimento e a expansão do SIS acompanharam a regulamentação do SUS, a partir da década de 1990. Em 1991 o DATASUS

(Departamento de Informática do SUS) foi criado, com a finalidade de coordenar o desenvolvimento dos diferentes SIS, e é responsável por guardar, preservar e auxiliar na elaboração de relatórios que auxiliam na identificação de uma situação epidemiológica (BRASIL, 2009). Anteriormente, as estatísticas de morbidade eram principalmente obtidas por meio de serviços e programas específicos, como os voltados para saúde materno-infantil, saúde escolar, malária, tuberculose, hanseníase e controle da poliomielite. Existiam diversos bancos de dados que refletiam a situação e as tendências de cada um desses eventos. No entanto, havia desafios, com diferentes níveis de gravidade, relacionados à abrangência e qualidade das informações coletadas. A cobertura dos dados nem sempre era abrangente e a confiabilidade das informações também apresentava variações (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Dentro do âmbito do SUS, há diversos sistemas de informação nacionais, de preenchimento obrigatório por todos os municípios brasileiros. O artigo de Coelho Neto e Chioro (2021) buscou identificar o número de SIS em funcionamento no Brasil entre 2010 e 2018. Os autores encontraram 54 SIS de base nacional em funcionamento, e sete núcleos de tecnologia da informação (TI) descentralizados do Ministério da Saúde, que trabalhavam de forma autônoma ao DATASUS (COELHO NETO; CHIORO, 2021). Atualmente, os principais SIS são: SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), e-SUS AB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária), SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS); e SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações).

Um estudo conduzido através do Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS e a Fundação Oswaldo Cruz, teve por objetivo avaliar os 30 anos dos sistemas de informação do SUS. Os autores demonstram como os sistemas foram evoluindo ao longo do tempo, melhorando a qualidade dos dados, implementando rotinas para as análises dos dados e os disponibilizando. Um destaque dos sistemas foi a produção dos programas Tabnet e Tabwin, que possibilitam a tabulação das informações de vários sistemas de forma rápida e amigável para o usuário (BRASIL, 2009).

Entretanto, os pesquisadores salientaram também pontos fracos dos SIS. Entre eles, destacam-se: a falta de compatibilização entre algumas bases de dados, problemas de cobertura de dados, especialmente na região Norte e Nordeste, a

superposição de informações em diferentes sistemas, a baixa qualidade dos dados de óbitos, e a falta de qualificação dos profissionais que operam e incluem dados no sistema (BRASIL, 2009).

Um dos importantes problemas presentes nos bancos de dados advindos dos SIS é incompletude dos dados, seja por não preenchimento correto das fichas de notificação, ou até mesmo pela subnotificação do caso. A subnotificação ocorre quando um caso que atende aos critérios estabelecidos pela vigilância epidemiológica, tenha sido identificado pelo profissional de saúde, mas não foi devidamente notificado ao serviço de saúde pública (WALDMAN, 1998). Essa falta de notificação pode ocorrer por diversas razões, como falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os critérios de notificação, falta de tempo ou recursos para realizar a notificação, burocracia excessiva, negligência ou falta de compreensão da importância da notificação para a vigilância epidemiológica (BATISTA; SANTANA; FERRITE, 2019; CARMO *et al.*, 2021; WALDMAN, 1998).

A subnotificação pode ter consequências significativas para a saúde pública, uma vez que impede a detecção precoce de casos, a investigação epidemiológica adequada e a implementação de medidas de controle e prevenção eficazes. Além disso, a subnotificação pode distorcer a realidade epidemiológica, levando a uma subestimação da incidência de determinadas doenças ou agravos à saúde.

Uma das formas de se identificar a subnotificação é através da técnica de *linkage* entre bancos de dados. O *linkage*, também conhecido como relacionamento ou cruzamento de dados, é uma técnica utilizada para integrar e combinar bases de dados de sistemas de informação diferentes, a fim de identificar registros correspondentes ao mesmo indivíduo ou evento (SILVA *et al.*, 2006).

Existem duas formas de realizar o *linkage*: o *linkage* determinístico e o *linkage* probabilístico (ALMEIDA; MELLO JORGE, 1996). No *linkage* determinístico, os bancos de dados possuem uma variável comum e única, como o número de identidade, CPF, ou outro identificador único. Essa variável é utilizada como referência para encontrar os registros que pertencem ao mesmo indivíduo. No *linkage* probabilístico, os bancos de dados não possuem uma variável única que possa ser utilizada como referência, sendo necessário calcular um escore de similaridade entre os registros de cada banco de dados, levando em consideração múltiplas variáveis. O escore é uma medida de probabilidade que indica a similaridade entre os registros. Quanto maior o escore, maior a probabilidade de os

registros se referirem ao mesmo indivíduo. O *linkage* probabilístico é mais complexo e requer algoritmos e técnicas estatísticas para o cálculo do escore (ALMEIDA; MELLO JORGE, 1996; SILVA *et al.*, 2006).

Estudos que identificam problemas nos bancos de dados provenientes dos SIS destacam a importância de investimentos na área, incluindo capacitação dos profissionais e monitoramento regular dos dados (ALMEIDA *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 2009; ROCHA *et al.*, 2020). Diversos parâmetros são analisados nesses estudos para avaliar a qualidade dos bancos de dados. Esses parâmetros incluem acessibilidade, clareza, cobertura, completude, confiabilidade, consistência, duplicidade, oportunidade e validade (LIMA *et al.*, 2009).

Os dados provenientes dos diferentes sistemas de informação também são utilizados para o cálculo de indicadores de saúde. De maneira geral, os indicadores são medidas que fornecem informações sobre atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2008). A construção de um indicador é um processo que pode variar em complexidade, abrangendo desde a simples contagem direta de casos de uma doença específica até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. A qualidade de um indicador depende da disponibilidade de dados válidos, confiáveis e sistemáticos, obtidos através dos sistemas de informação (RIPSA, 2008).

Em suma, a avaliação da qualidade dos bancos de dados e a identificação de subnotificação por meio de técnicas como o *linkage* são fundamentais para garantir a confiabilidade e a validade das informações utilizadas nas pesquisas e tomadas de decisão em saúde. Isso reforça a importância do investimento contínuo nessa área e da implementação de estratégias para aprimorar a qualidade e a integridade dos dados coletados.

5 A EPIDEMIA DO HIV/AIDS

Em 1982, foi registrado o surgimento dos primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) a nível global (CDC, 1985). Inicialmente, essa síndrome afetou predominantemente jovens homossexuais e usuários de drogas, os quais manifestaram sintomas de pneumonia com rápida progressão e gravidade, devido a uma série de infecções oportunistas. A população inicialmente afetada pela AIDS foi estigmatizada, sendo rotulada como "peste gay" por autoridades de saúde (TREICHLER, 1987). A partir daí, casos de AIDS também foram observados em hemofílicos e receptores de transfusão sanguínea, o que levou a doença a ser relacionada com o sangue, e não mais exclusivamente a práticas homossexuais. No ano seguinte, o Instituto Pauster isolou um retrovírus que posteriormente foi identificado como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente causador da AIDS (CDC, 1985).

O HIV é um vírus que invade as células CD4 ou células T auxiliares, as quais desempenham um papel fundamental na resposta imunológica do organismo humano. Esse vírus se replica no interior dessas células, resultando na sua destruição e comprometendo, conseqüentemente, a capacidade de reprodução do vírus. Isso leva a uma deficiência significativa no sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus. Esse processo diminui a habilidade e competência do organismo em combater certas doenças, conhecidas como "doenças oportunistas" (ANDERSON; MEDLEY, 1988).

Nas últimas quatro décadas, o perfil epidemiológico da AIDS passou por mudanças significativas, refletindo avanços na compreensão, prevenção e tratamento da doença. Inicialmente restrita a grandes centros urbanos e majoritariamente masculina, a infecção se caracterizou, na década de 1990 e 2000, pela heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização (BASTOS *et al.*, 2008; PARKER, 2002)

O desenvolvimento e a disponibilidade do tratamento antirretroviral (TARV), introduzido na década de 1990, revolucionaram a resposta à epidemia de AIDS. Além de mais eficazes, a TARV sofreu alterações nas suas indicações ao longo do tempo, a partir de eficácia demonstrada por estudos. Prescrita inicialmente para portadores do vírus, foi posteriormente indicada para a prevenção da infecção após acidentes perfuro-cortantes, evitar a transmissão vertical do HIV, como profilaxia

pós-exposição sexual (PEP), e mais recentemente, para evitar a transmissão do vírus em grupos com práticas sexuais de risco (PrEP) (BRASIL, 2018).

Os medicamentos antirretrovirais permitiram que as pessoas vivendo com HIV tivessem vidas mais longas e saudáveis, reduzindo a progressão da doença e a transmissão do vírus. Estas mudanças tiveram impacto significativo na mortalidade por Aids: entre 2000 e 2019, as novas infecções pelo HIV caíram 39% e as mortes relacionadas ao HIV caíram 51%, com 15,3 milhões de vidas salvas (UNAIDS, 2022). No entanto, a mortalidade pela doença ainda é alta: em 2021, 650 mil pessoas morreram por causas relacionadas à Aids, representando uma pessoa a cada minuto (UNAIDS, 2022).

Em 2015, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS) desenvolveu a meta 90-90-90, uma iniciativa para acabar com a Aids até 2030. Para isso, até o ano de 2020, os países deveriam ter 90% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas (ou seja, com conhecimento do seu status sorológico); 90% das pessoas diagnosticadas em tratamento antirretroviral e; 90% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida, reduzindo significativamente o risco de transmissão do HIV (UNAIDS, 2015). Mundialmente, houveram ganhos em toda a cascata do cuidado: no final de 2019, 81% das pessoas que viviam com HIV sabiam seu status sorológico, 67% estavam em terapia antirretroviral, e 59% das pessoas vivendo com HIV tiveram cargas virais suprimidas (UNAIDS, 2022).

Atualmente, estima-se que 38,4 milhões de pessoas vivam com HIV (UNAIDS, 2022). As populações-chaves (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens, mulheres trans e usuários de drogas) constituíram 70% das novas infecções de HIV em 2021 no mundo, apesar de serem 5% da população geral. Estimativas da UNAIDS (2022) demonstram que o número de novas infecções por HIV diminuiu globalmente entre 2010 e 2017 na população geral, com importantes reduções registradas em países da África Subsaariana (30%) e no Caribe (18%). No entanto, após a pandemia da COVID-19, o declínio das novas infecções por HIV diminuiu em todo o mundo, e aumentou em certas regiões, como Leste Europeu e Ásia Central, América Latina, Oriente Médio e norte da África (UNAIDS, 2022).

A América Latina foi reconhecida como uma das primeiras histórias de sucesso na implementação do tratamento do HIV, com avanços significativos na disponibilização de terapia antirretroviral (GALVAO, 2002a). No entanto, nos últimos

anos, a região tem enfrentado desafios e visto um aumento nas epidemias de HIV entre certos grupos populacionais, como jovens gays, outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e outras populações-chave. Desde 2000, a região apresentou uma variação de apenas 5% nas novas infecções por HIV. A prevalência estimada do HIV em pessoas adultas para a região é de 0,5%, mas chega a 22,1% para pessoas trans e 14,4% para HSH (UNAIDS, 2022). Essa situação reflete a necessidade contínua de intensificar os esforços de prevenção, educação e acesso ao tratamento, a fim de conter o avanço do HIV e proteger essas comunidades vulneráveis.

No Brasil, desde o início da epidemia foram registrados 1.088.536 de casos de Aids (BRASIL, 2022a). Em 2021, a taxa de detecção de Aids no país foi de 16,5 casos a cada 100 mil habitantes, e o coeficiente de mortalidade de 4,2 óbitos a cada 100 mil habitantes. A taxa de detecção de Aids em gestantes foi de 3 casos para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2022a).

Nos últimos cinco anos, o país registrou uma média de 36,4 mil novos casos anualmente (BRASIL, 2022a). Entre 2013 e 2017, houve uma redução média de 2,8% no número de casos a cada ano. Nos anos seguintes, em 2018 e 2019, essa redução foi menor, com taxas de 1,2% e 0,8%, respectivamente (BRASIL, 2022a). A pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo nas notificações de Aids, resultando em uma queda de 20,1% nos registros em comparação aos números de 2019, o que representa 7.689 casos a menos. No entanto, em 2021, observou-se um aumento de 15,0% no número de casos notificados em relação ao ano anterior, embora ainda seja menor do que o número de casos em 2019 (BRASIL, 2022a).

A epidemia da Aids se apresenta de diferentes formas entre a população brasileira. De 2002 a 2009, a razão dos sexos manteve-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2022a). A partir de 2010, verifica-se um aumento dos casos entre homens, chegando em 25 casos para cada 10 mulheres. A taxa de detecção em homens foi de 24,1 casos/100mil habitantes em 2021, comparados a 9,3 casos/100mil habitantes para as mulheres. A razão dos sexos também varia de acordo com a faixa etária: a menor razão dos sexos, para 2021, foi a de 50 anos ou mais (razão de 1,8); e a maior, de 20 a 29 anos (razão de 3,9) (BRASIL, 2022a).

Até o ano de 2016, as taxas de detecção em homens na faixa etária de 30 a 34 anos eram as mais prevalentes. Este perfil vai se alterando a partir de 2017, com

uma maior prevalência de jovens homens infectados pelo vírus (BRASIL, 2022a). Em 2021, a taxa de detecção para homens de 25 a 29 anos foi de 53,6 casos a cada 100 mil habitantes. Entre as mulheres, a faixa com maior detecção foi a de 40 a 44 anos (18,4 casos/100 mil habitantes) (BRASIL, 2022a).

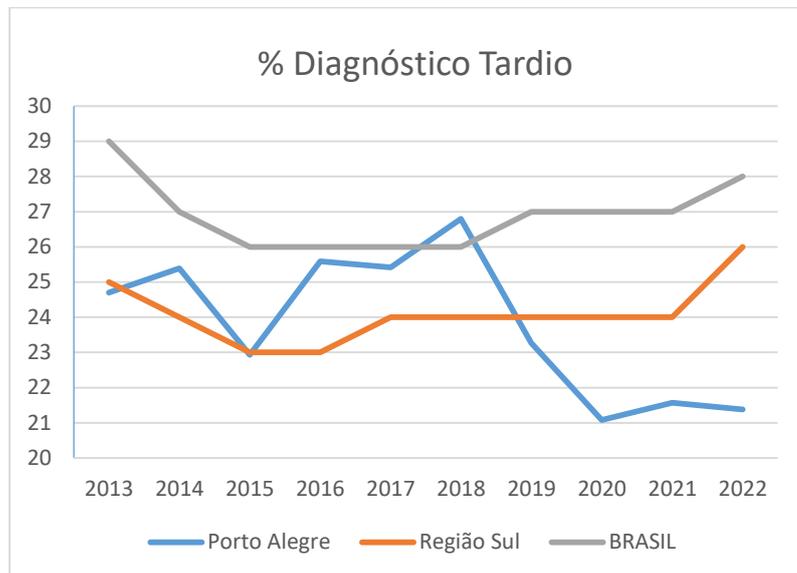
A taxa de detecção de Aids do Brasil no ano de 2021 foi de 16,5 casos a cada 100 mil habitantes. Entre as regiões do país, identifica-se uma maior concentração de casos nas regiões Sul e Sudeste. Apesar de ambas as regiões apresentarem tendência de queda da taxa de detecção de Aids nos últimos 10 anos, em 2021 a região sul configurou-se como a segunda região com a maior taxa de detecção de HIV do país, apresentando 20,4 casos por 100.000 habitantes, perdendo somente para a região norte, com 26 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2022a).

O estado do Rio Grande do Sul (RS) destaca-se no cenário nacional por apresentar indicadores preocupantes em relação à infecção pelo HIV, apresentando em 2021: o maior coeficiente de mortalidade por Aids do país (7,7 óbitos/100.000 habitantes, comparados com 4,2 da taxa nacional); a pior taxa de detecção de HIV em gestantes entre os estados brasileiros, com 8,4 casos/mil nascidos vivos, e a 5ª maior taxa de detecção de Aids, com 24,3 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2022a).

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, é a capital com maior taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil, com 17,1 casos a cada mil nascidos vivos. Possui também o coeficiente de mortalidade por Aids mais alto do país, sendo de 22,6 a cada 100 mil habitantes; a terceira maior taxa de detecção de Aids do Brasil (47,2/100 mil hab.) (BRASIL, 2022a). Pelo índice composto, que leva em consideração a taxa de detecção, de mortalidade, de detecção em menores de 5 anos e a média do primeiro CD4, Porto Alegre é a segunda capital com piores resultados do Brasil, ficando atrás de Belém/PA (BRASIL, 2022a).

Avaliando dados do Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS da última década (2013-2022), é possível verificar aspectos em que Porto Alegre melhorou em relação ao cuidado de PVHA, e outros em que houve uma piora. Os dados podem ser visualizados nos gráficos a seguir.

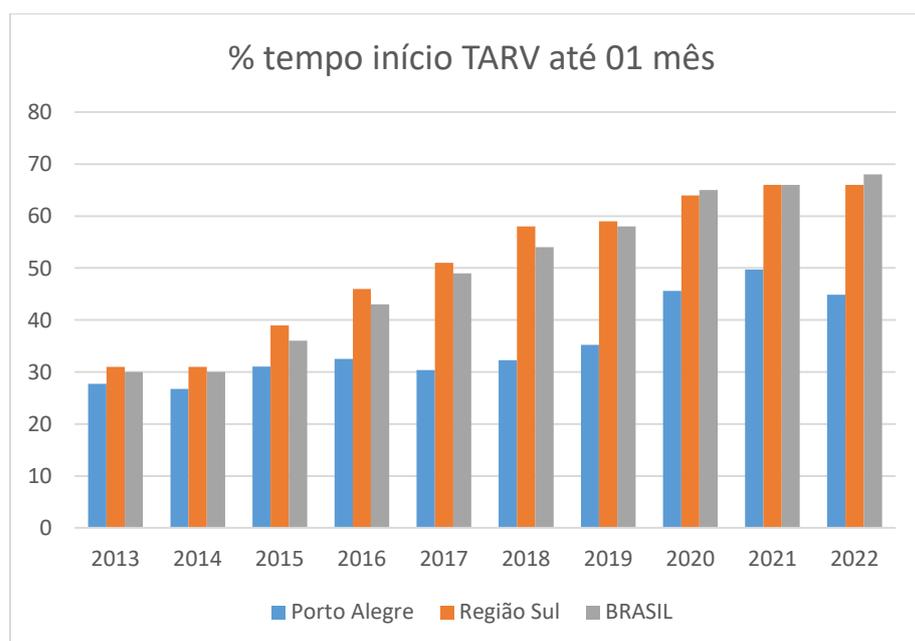
Gráfico 1. Percentual de diagnóstico de HIV tardio em Porto Alegre, Região Sul, e o Brasil.



Fonte: <http://indicadoresclinicos.Aids.gov.br/>

É considerado um diagnóstico tardio o paciente diagnosticado com HIV/Aids e um CD4 menor que 200 células/mm³. O percentual de diagnóstico tardio apresentado por Porto Alegre manteve-se entre 21% e 27%, ficando no ano 2022 em 21%, taxa melhor do que a da região sul (26%), e do Brasil (28%).

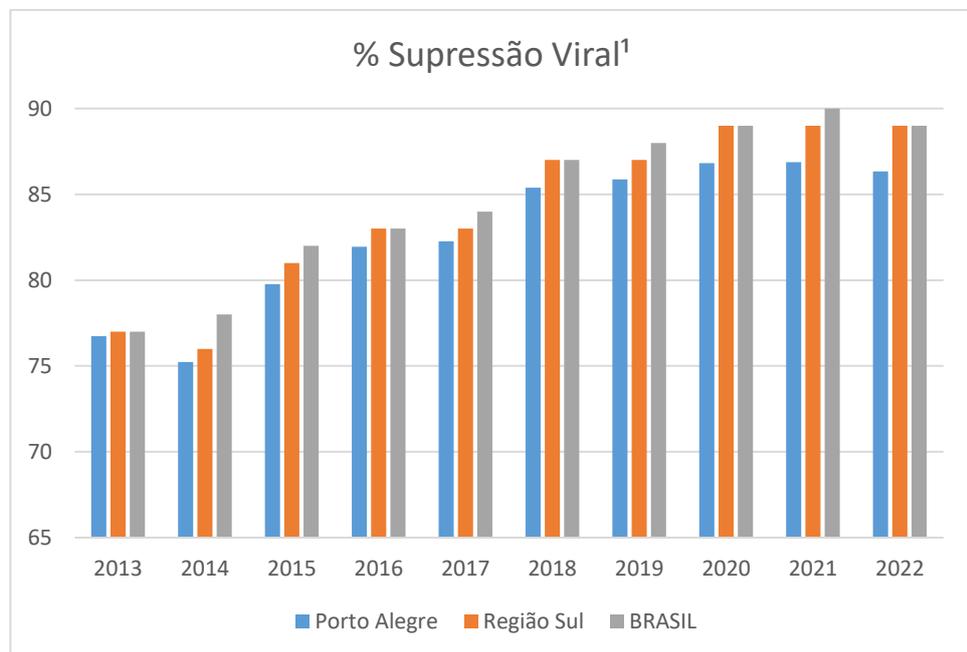
Gráfico 2. Percentual de PVHA que iniciaram a TARV em até um mês após o diagnóstico de HIV em Porto Alegre, Região Sul, e o Brasil.



Fonte: <http://indicadoresclinicos.Aids.gov.br/>

Dados sobre o tempo de início de TARV demonstram que a capital do RS possui uma porcentagem menor de PVHA que iniciaram a TARV em até um mês após o diagnóstico: 45% em Porto Alegre, comparados com 68% no Brasil, para o ano de 2022. Avaliando o tempo mediano entre o 1º CD4 e o início da TARV, Porto Alegre apresenta um tempo médio de 39 dias, maior do que a região sul (23 dias), e a taxa nacional (21 dias) – dados não descritos por gráficos.

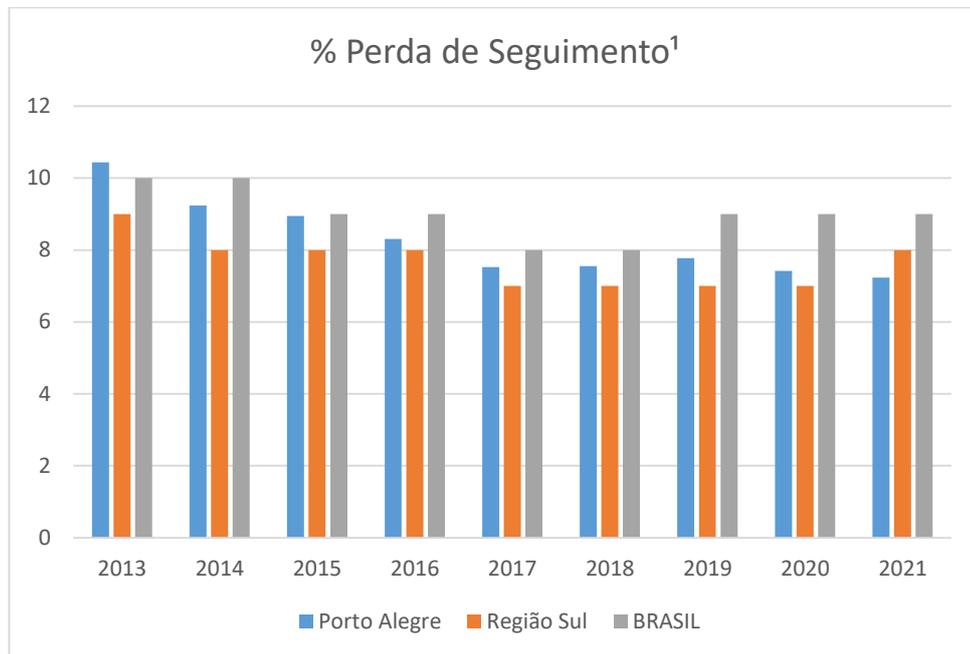
Gráfico 3. Percentual de PVHA em supressão viral em Porto Alegre, Região Sul, e o Brasil.



¹ Percentual de Supressão Viral (CV < 50 cópias/mL) dentre os indivíduos em TARV.
Fonte: <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>

Outro indicador importante de cuidado às PVHA é a porcentagem de indivíduos em supressão viral do HIV, uma vez que estes deixam de transmitir o vírus. É considerado em supressão viral os indivíduos com carga viral menor do que 50 cópias/mL. Como é possível verificar no Quadro 3, o percentual de supressão viral aumentou consideravelmente nos últimos anos. No entanto, Porto Alegre ainda apresenta um percentual menor (86%) do que a região sul (89%) e do Brasil (89%).

Gráfico 4. Percentual de perda de seguimento de PVHA em Porto Alegre, Região Sul, e o Brasil.



¹ Proporção de PVHA que ao final do ano representavam perda de seguimento (abandono de TARV ou óbito), dentre todas que tiveram pelo menos uma dispensação no ano.

Fonte: <http://indicadoresclinicos.Aids.gov.br/>

Um dos indicadores que demonstram o avanço de Porto Alegre no cuidado às PVHA é o percentual de perda de seguimento. Em 2013, este percentual era de 10,5% em Porto Alegre, e passou para 7% em 2021, menor do que o percentual nacional (9%) e da região sul (8%).

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS NO BRASIL

A política brasileira de combate ao HIV/Aids é reconhecida internacionalmente e foi por muito tempo considerada uma das mais eficazes, servindo como um modelo a ser seguido (BERKMAN *et al.*, 2005). Esse reconhecimento se deve principalmente à sua abrangência e cobertura, integração das ações e diálogo com os movimentos sociais, implementação de medidas preventivas em larga escala e por ter sido pioneira na oferta de tratamento para o HIV em um momento em que países em desenvolvimento eram incentivados a focar apenas na prevenção (GALVAO, 2002b)

Apesar disso, a história da resposta pública ao HIV no Brasil, especialmente ao que tange o governo federal, foi considerada lenta – assim como ocorreu em muitos países (PARKER, 2002). Em um contexto marcado pelo declínio do governo

militar, e alta centralidade do Ministério da Saúde nas políticas públicas, a primeira resposta pública à Aids se deu no estado de São Paulo. Ao contrário do que ocorria em Brasília, em São Paulo havia forças de oposição à ditadura, incluindo o movimento da Reforma Sanitária, que possibilitou um contexto político favorável às mudanças necessárias à época. Assim, em uma resposta a demandas vindas de representantes das comunidades gays, foi criado o primeiro grupo de trabalho sobre a Aids, em 1983 (PARKER, 2003).

O grupo de trabalho se baseou nas experiências prévias com o Mal de Hansen, que, assim como a Aids, estava sujeito a altos níveis de discriminação (PARKER, 2003). O trabalho central do grupo foi a procura por estruturas mais efetivas da vigilância epidemiológica, além de combater o preconceito e a discriminação com a doença. Ainda, o grupo buscou construir uma coalizão entre ativistas políticos, grupos comunitários envolvidos com o tema, e portadores do Mal de Hansen (PARKER, 2003).

Apesar da resistência, inclusive por parte de integrantes da Secretaria Estadual de Saúde, o programa de Aids de São Paulo serviu como um importante modelo para programas similares em outros estados (PARKER, 1997). Em 1985, ano em que o governo federal iniciou o movimento em direção à criação de um Programa Nacional de Enfrentamento da Aids, 11 estados já se encontravam com programas estaduais implantados, todos eles baseados no modelo implementado no estado de São Paulo (PARKER, 1994).

Em maio de 1985, o Programa Nacional de Aids foi criado através de uma portaria ministerial, mas teve seu início efetivo no início de 1986. Durante o governo de Sarney (1985 a 1989), o programa deu uma ênfase central na melhoria da vigilância epidemiológica e na publicação de um relatório epidemiológico regular sobre o curso da epidemia (PARKER, 2003). Durante o período, foram fundadas as primeiras organizações não governamentais (ONGs) dedicadas exclusivamente à prevenção do HIV/AIDS. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), fundada em 1986, exerceu influência nas ações de prevenção por meio de sua colaboração com políticas internacionais, como acesso a financiamentos de agências internacionais de cooperação; por sua abordagem política no trabalho de pressionar, cobrar e monitorar as ações governamentais de prevenção e tratamento; pela decisão de atuar no campo da mídia e pela preocupação com a produção de

conhecimento sobre a epidemia e o desenvolvimento de projetos piloto de prevenção em segmentos específicos (GALVAO, 1997; PARKER, 1997)

No contexto brasileiro, as organizações não governamentais (ONGs) desempenharam um papel crucial no desenvolvimento de políticas de prevenção e assistência, especialmente entre a população jovem homossexual. Alguns aspectos significativos do surgimento das ONGs se tornaram mais evidentes com o estabelecimento, em 1989, do primeiro grupo de pessoas com HIV/AIDS, chamado "Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS" (Pela Vidda) (GALVAO, 1997). A forte presença da sociedade civil nas respostas à epidemia contribuiu de forma decisiva para a construção do que alguns analistas chamam de "especificidade da história da AIDS brasileira" (BERKMAN *et al.*, 2005).

O aumento expressivo no número de novos casos de AIDS e a existência de um forte estigma associado à doença levaram o Ministério da Saúde a priorizar as estratégias de testagem e aconselhamento como parte das ações de prevenção no final da década de 1980 (GALVAO, 2002a). Ao longo dos anos, esses serviços foram estabelecidos em todas as regiões do país, constituindo unidades independentes fisicamente de outras estruturas de saúde e compostas por equipes multiprofissionais. As populações prioritárias para testagem eram aquelas identificadas como tendo maior risco de infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008).

Em 1990, quando o novo presidente Fernando Collor de Mello tomou posse, mudanças significativas ocorreram nas políticas de prevenção ao HIV/Aids. A primeira delas foi a nomeação de um político conservador para o Ministério da Saúde (Alceni Guerra), que substituiu Lair Guerra Machado de Rodrigues, que havia coordenado o Programa Nacional de Aids desde o início. No seu lugar, um jovem pesquisador, com pouca experiência na política, assumiu o cargo. Aos poucos, os programas desenvolvidos foram sendo descontinuados ou enfraquecidos, e os contatos com agências internacionais suspensos (PARKER, 2003). Por exemplo, o boletim epidemiológico foi substituído por uma nota xerocada que circulava irregularmente. Apesar das atividades de prevenção serem inexistentes ou nocivas (como a campanha "Se você não se cuidar, a AIDS vai pegar você"), durante este período houveram avanços significativos em outras áreas, como a política de

distribuição gratuita de remédios para pacientes com Aids (GALVAO, 2002b; PARKER, 2003).

Em 1991, em consonância com as discussões envolvendo toda a área da saúde, houve a tentativa de municipalização do programa. No entanto, o processo de descentralização foi levado adiante sem contato ou preocupação com as estruturas existentes, com comissões municipais sendo criadas em locais que já havia um grupo de trabalho formado, o que fez com que a maioria destas comissões falhassem em seu funcionamento (PARKER, 2003). Ainda, o repasse de fundos federais para estados e municípios foi suspenso, assim como o patrocínio para pesquisa em universidades descontinuado (PARKER, 2003).

No ano de 1992, acusações em relação à conduta antiética de parte do governo Collor fizeram com que o presidente substituísse o ministro da saúde. Assumiu o cargo um cardiologista, ex-Secretário da Saúde de São Paulo, que imediatamente renomeou Lair Guerra Machado de Rodrigues para coordenador do Programa Nacional de Aids (PARKER, 2003). O programa, revitalizado, rapidamente tentou reconstruir o que se tinha perdido, reforçando a vigilância e os boletins epidemiológicos, e retomando o contato com o Banco Mundial e OMS (GALVÃO; BASTOS; NUNN, 2012; PARKER, 2003).

As negociações com o Banco Mundial resultaram, em 1994, no financiamento Projeto de Controle de AIDS e DST (AIDS I), com um empréstimo de 160 milhões de dólares para o país (CÔRTEZ SOUTO, 2003). Do custo total do projeto, 41% era destinado para a prevenção, 18,5% para desenvolvimento institucional, 6,5% para a Vigilância Sanitária e 33,8% para serviços. Uma das condições para receber o financiamento era o envolvimento das ONGs, a fim de garantir que as informações de prevenção chegassem às populações mais pobres e mais afetadas pela doença, como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo (CÔRTEZ SOUTO, 2003). Nesse período, as ONGs/AIDS passaram a contar com recursos do programa nacional para desenvolver programas de prevenção e apoio, tornando-se uma fonte essencial de sustentação para várias entidades (GALVAO, 1997).

As ONGs também desempenharam um papel importante no tratamento de pessoas sintomáticas com HIV/AIDS no Brasil. Em contraste com as recomendações internacionais do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, que orientavam os países em desenvolvimento a investir seus recursos na prevenção de novos casos, em 1996 o

Brasil passou a garantir acesso gratuito e universal a medicamentos antirretrovirais (GALVÃO, 2000). Em 2002, mais de 100 mil pessoas recebiam tratamento para AIDS no país, representando aproximadamente 10% do total de pessoas em tratamento no mundo (GALVÃO, 2002).

Apesar de grandes avanços obtidos com o AIDS I, o relatório de avaliação do Banco Mundial apontou vulnerabilidades no desenvolvimento do programa, como o pequeno quadro de funcionários na unidade de avaliação, o que comprometeu o monitoramento do convênio, e a desarticulação das ações preventivas e assistenciais, além da falta de equipes (BARBOZA, 2021). Em 1998, houve um novo financiamento, o AIDS II, com um aporte de \$296 milhões de dólares. O objetivo do programa era ampliar e qualificar o acesso ao diagnóstico, bem como a sustentabilidade técnico-financeira das ações nos estados e municípios (BARBOZA, 2021; CÔRTEZ SOUTO, 2003).

As medidas de prevenção do HIV/Aids e o acesso ao tratamento para PVHA contribuíram significativamente para a redução da incidência da doença entre homens homossexuais a partir da década de 1990. Dados do Boletim Epidemiológico de 2002 demonstram que a exposição sexual "homossexual" representava a maioria dos casos de infecção por HIV/AIDS em 1991, com uma porcentagem de 23,7% de todas as novas infecções (em comparação com 21,4% na categoria heterossexual). Neste período, 58,1% das novas infecções se deram por via sexual, enquanto o restante por transmissão sanguínea (UDI, hemofílico ou transfusão de sangue) (BRASIL, 2002). Em 2002, essa categoria representava apenas 10,8% dos casos, enquanto as relações heterossexuais foram responsáveis por 59,4%. No entanto, essas mudanças nas categorias de exposição não alteraram a incidência da doença no Brasil para a população em geral, que era de 8,0 casos por cada 1 milhão de habitantes em 1991 e aumentou para 8,1 casos por 1 milhão em 2001 (BRASIL, 2002).

As mudanças no perfil da epidemia do HIV/Aids no final da década de 1990 impulsionaram iniciativas de descentralização, alinhadas com as diretrizes do SUS. A doença deixou de estar concentrada apenas nos grandes centros urbanos e, até 2002, já havia se disseminado para várias regiões do país (BRASIL, 2002). Essa situação exigiu uma reorganização das estratégias de combate, baseada em novas perspectivas de cuidado e desenvolvida para atender às necessidades específicas de cada localidade.

Com o objetivo de agilizar o processo de descentralização das políticas de HIV/Aids para os municípios, o governo federal implementou medidas de estímulo e promoção da descentralização. Entre essas medidas, destaca-se a assinatura do contrato "AIDS III" em 2002, estabelecido entre o Governo Federal e o Banco Mundial. Esse contrato enfatizou a descentralização do financiamento e da administração das atividades de combate ao HIV, transferindo a responsabilidade para os estados e municípios (BARBOZA, 2021). Essa mudança alterou a modalidade de financiamento anterior, na qual os recursos eram repassados apenas para os estados e municípios considerados estratégicos (FONSECA *et al.*, 2007)

No mesmo ano (2002), foram lançadas a Portaria nº 2313, que estabeleceu incentivos para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do então Programa Nacional de HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além de aprovar as normas relacionadas aos incentivos e recursos adicionais (BRASIL, 2002a). Além disso, a Portaria nº 2314 foi emitida, a qual aprovou a norma técnica nº 01/2002 - Incentivo HIV/Aids e outras DST (BRASIL, 2002b). Essas medidas reforçaram o processo de descentralização das ações de combate ao HIV/Aids para os estados e municípios, por meio do financiamento do governo federal.

O novo modelo de financiamento direcionado aos estados e municípios, por meio da concessão de incentivos financeiros, viabilizou a elaboração de Planos de Ações e Metas pactuados entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem levou em consideração a diversidade de autonomia e capacitação dos diferentes níveis governamentais, bem como a necessária flexibilidade diante da extensão e heterogeneidade territorial, além das diversas características e complexidades que a epidemia de HIV/Aids assumiu em diferentes regiões do país (GRANGEIRO *et al.*, 2012)

Durante este período, centralizava-se o manejo clínico do HIV em serviços especializados (SE) no atendimento às PVHA, serviços de nível secundário, compostos por profissionais especialistas no tema, inicialmente geridos pelo governo federal e que passaram por um movimento de municipalização ao longo dos anos 2000 (FONSECA ET AL., 2007). Por aproximadamente 30 anos acreditou-se na centralização do cuidado como a estratégia mais adequada ao enfrentamento da epidemia, momento em que os serviços especializados foram os responsáveis pelo manejo clínico de todas as PVHA, independente de critérios clínicos, e quase que de forma exclusiva. Dentre os serviços que estiverem à frente do cuidado neste período

podemos citar o Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e os Serviços de Atendimento Especializados (SAE), responsáveis inclusive pelo diagnóstico de HIV/Aids até que esta atribuição passasse a ser realizada pelos CTAs (MELO, 2018).

Concomitantemente à municipalização, intensificou-se a participação da Atenção Primária à Saúde (APS) através de ações de prevenção, aconselhamento, acompanhamento compartilhado de PVHA entre os serviços de APS e serviços especializados, realização de tratamento de PVHA na APS em caso de inexistência de serviços especializados e, mais recentemente, a realização do Teste Rápido (TR) Anti-HIV nos serviços de APS (BRASIL, 2006; MELO, 2018)

Com o surgimento das novas possibilidades de tratamento, e a simplificação da terapia antirretroviral (TARV), com melhores resultados e a consequente “cronificação” do HIV, identificou-se a necessidade de readaptação do sistema de saúde a fim de atender o crescente público e ofertar um cuidado longitudinal, integral, e resolutivo às PVHA. Assim, o governo federal passou e implementar uma série de ações de estímulo à descentralização do manejo clínico para APS que favoreceu o surgimento de inovações no atendimento às PVHA estruturadas a partir de realidades locais (BRASIL, 2017a).

Ampliou-se então a participação da Atenção Primária à Saúde por meio de ações de prevenção, aconselhamento e acompanhamento compartilhado de PVHA entre os serviços de APS e serviços especializados. Além disso, foi estabelecida a prática de realizar o tratamento de PVHA na APS quando não há serviços especializados disponíveis e, mais recentemente, a realização do Teste Rápido (TR) para o HIV nos serviços de APS (BRASIL, 2006; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Tais iniciativas de descentralização, além de corroborarem com as diretrizes do SUS, foram motivadas pela mudança de perfil que a epidemia da Aids vinha apresentando, uma vez que deixa de concentrar-se nos grandes centros urbanos, e em 2002 já havia se alastrado para diversas regiões do país, exigindo a reordenação das estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2002b) baseada em novas perspectivas de cuidado, e desenvolvidas de maneira a atender as necessidades de cada localidade.

Apesar de o modelo proposto a partir da municipalização prever o estabelecimento de diretrizes nacionais que devem ser seguidas em todo o território

nacional, conferiu-se a possibilidade de que as políticas e ações de enfrentamento do HIV fossem implementadas de diferentes formas e de acordo com o entendimento dos gestores locais, possibilitando que a resposta à expansão da doença seja baseada também no contexto local.

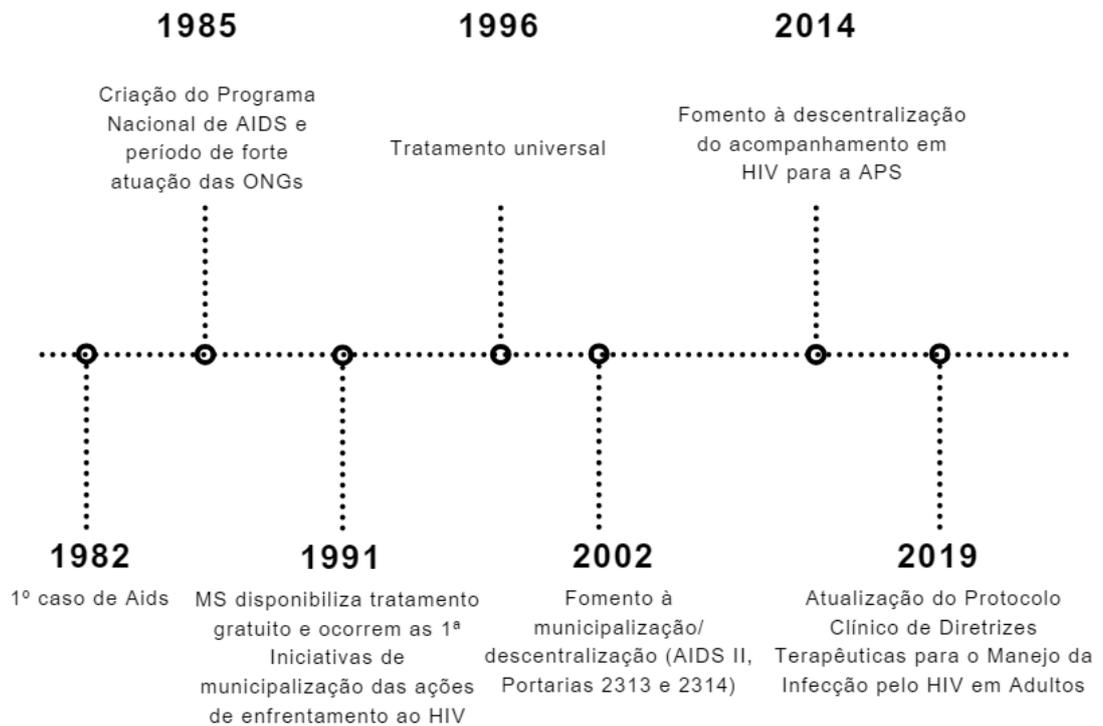
O Ministério da Saúde passa a utilizar o conceito de Rede de Atenção à Saúde para PVHA, onde os usuários transitam entre os diversos níveis de atenção de acordo com as especificidades de cada caso e da composição da rede local e regional, formato este já implementado anteriormente em algumas capitais brasileiras. A proposta vislumbra a intenção de cuidado integral por meio do acesso e uso dos serviços disponíveis de acordo com as necessidades de cada usuário e levando em consideração o potencial de cuidado de cada serviço, já que modelos baseados na RAS melhoram a qualidade dos serviços, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários, e reduzem os custos do sistema de saúde (MENDES, 2010).

Observa-se no entanto, que apesar dos movimentos empreendidos pelo governo federal no sentido de descentralizar as ações de enfrentamento do HIV para a APS, tais como a reformulação da legislação vigente, o estabelecimento de estímulos, a construção e reformulação de protocolos e documentos normativos, e o fomento do debate sobre esta temática, de acordo com (Colaço *et al.* 2019) a maioria das cidades brasileiras ainda centraliza a atenção às PVHA nos serviços especializados, sendo portanto notável a dificuldade na implementação de tal política a nível nacional, e portanto, a fragilidade do modelo proposto.

Para além disso, a escassez de pesquisas sobre o tema e algumas deficiências no modelo, as quais aprofundaremos no tópico seguinte, tornam o processo de acompanhamento na APS questionável (KARAMOUZIAN ET AL., 2013; COLAÇO ET AL, 2019) e ameniza o movimento de descentralização por parte dos governos locais. Percebe-se a necessidade de reforço da política para a efetiva consolidação em todo o território nacional, no entanto, o atual cenário político exige atenção quanto aos movimentos governamentais que apontam para um enfraquecimento das políticas de enfrentamento ao HIV a nível nacional (FIOCRUZ, 2019; LAZARINI e SODRÉ, 2019), através de medidas como a reestruturação dos já consolidados órgãos de defesa a nível nacional, do subfinanciamento da política, bem como do afastamento e perda da representatividade e participação social.

Tendo em vista as diferentes estratégias utilizadas para o enfrentamento do HIV no território nacional, a Figura 1 possui o intuito de reconstruir de forma sucinta a trajetória da Política de Enfrentamento ao HIV ao longo do tempo.

Figura 1. Trajetória da Política de Enfrentamento ao HIV no Brasil.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA HIV/AIDS

Doenças de notificação compulsória são aquelas definidas pelo Ministério da Saúde como sendo de comunicação obrigatória às autoridades de saúde pelos profissionais de saúde ou responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados. No Brasil, a Aids é considerada uma doença de notificação compulsória desde 1986 (Portaria MS nº 542, 1986), e compõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (BRASIL, 1986). Casos de infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV devem ser notificados desde 2000 (Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000), e, desde 2014, casos de infecção pelo HIV em geral (BRASIL, 2014b). Estes casos devem ser reportados semanalmente pelo profissional de saúde às autoridades competentes.

Os casos de infecção por Aids são reportados através de uma Ficha de Notificação Individual, que contém dados do paciente, como nome, sexo, idade, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS, nome da mãe e informações residenciais. Além disso, há informações complementares, como a ocupação, provável modo de infecção (por transmissão vertical, pela via sexual ou sanguínea), dados laboratoriais e o critério utilizado para a identificação da Aids (BRASIL, 2014b).

Para a definição de caso de Aids, vários critérios foram propostos, implantados e redefinidos, acompanhando os avanços tecnológicos na área. A primeira definição de caso de Aids no mundo foi estabelecida pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA em 1982 (CDC, 1982). No Brasil, a primeira definição de caso de Aids ocorreu em 1987, denominado “Critério CDC Modificado”, que se fundamentava na evidência laboratorial da infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a necessidade de um critério simplificado para definição dos casos, que não dependesse de exames sofisticados, foi introduzido no Brasil, em 1992, o “Critério Rio de Janeiro/Caracas”, proposto por especialistas em uma reunião da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) (BRASIL, 2004). O critério pontua doenças relacionadas à Aids, e ao total de 10 pontos, define o paciente como um caso de Aids. Na reunião, também foi adotado o “Critério Excepcional CDC”, que inclui pacientes sem evidência laboratorial de infecção por HIV, mas que possuem diagnóstico definitivo de doenças indicativas de imunodeficiência, desde que excluídas outras causas após investigação (BRASIL, 2004).

Em 1996, visando recuperar casos da doença que não se encaixavam nos três critérios acima, foram estabelecidos outros dois critérios: “Critério Excepcional Óbito”, que abrange situações em que a declaração de óbito faz menção à Aids; e “Critério Excepcional ARC + Óbito”, que contemplava situações em que o indivíduo sabidamente infectado por HIV, em acompanhamento, evoluía para o óbito com manifestações clínicas do complexo relacionado à Aids (BRASIL, 2004). Em 1998, a revisão das definições em adultos incluiu um marcador laboratorial de imunossupressão, baseado na contagem de linfócitos T CD4+ (menor do que 350 células/mm³) (BRASIL, 2004).

Em 2004, a revisão do Ministério da Saúde manteve o critério Rio de Janeiro/Caracas, sem qualquer alteração, e introduziu adaptações no CDC Modificado, que passou a ser denominado “Critério CDC Adaptado”. Os critérios excepcionais “Critério Excepcional ARC + Óbito” e “Critério Excepcional CDC” foram excluídos, e o único excepcional que se manteve foi o Critério Excepcional Óbito (BRASIL, 2004; MELO; ALMEIDA; DONALÍSIO, 2021).

Em outras palavras, atualmente a definição de caso AIDS em adultos se dá por meio do “Critério Rio de Janeiro Caracas” (infecção pelo HIV + obtenção de 10 pontos em escala de sinais, sintomas ou doenças), “Critério CDC Adaptado” (infecção pelo HIV + evidência de imunodeficiência por meio do diagnóstico de doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 células/mm³), e “Critério Excepcional Óbito” (menção de Aids na Declaração de Óbito (DO) + Investigação epidemiológica inconclusiva ou menção a infecção pelo HIV, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV + investigação epidemiológica inconclusiva), devendo os profissionais de saúde notificarem tal condição por meio da ficha de notificação/ investigação de AIDS, a qual é utilizada tanto para o registro de casos de Aids como para casos de HIV, sendo os casos diferenciados por meio do registro em campos específicos do formulário (BRASIL, 2004).

Os dados provenientes das Fichas de Notificação Compulsória são disponibilizados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Estas informações, em conjunto com dados provenientes do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), são a base para a publicação anual do Boletim Epidemiológico de Aids, pelo Ministério da Saúde. Segundo o Boletim, de 2000 a 2022, registrou-se um total de 878.878 casos de Aids no país, sendo que 597.607 (68,0%) foram notificados no Sinan. Entre os casos não notificados, 80.233 (9,1%) foram encontrados no SIM e 201.038 (22,9%) no SISCEL/SICLOM (BRASIL, 2022a).

O último Boletim Epidemiológico também destaca que há diferenças regionais em relação à origem dos dados, com as regiões Sul e Centro-Oeste possuindo maior proporção de casos oriundos do SINAN, quando comparados à região Norte, Nordeste e Sudoeste (BRASIL, 2022a). Em 2021, apesar de haver uma recomendação para dispensação de medicação vinculada à notificação compulsória

no SINAN, 12 estados apresentaram menos de 50% dos seus casos oriundos deste sistema de informação (BRASIL, 2022a).

Em relação à assistência prestada a PVHA, há diversos sistemas que são utilizados para a obtenção de informações dos pacientes. Entre os sistemas nacionais, utiliza-se o e-SUS AB como ferramenta de acesso aos dados do prontuário eletrônico dos pacientes acompanhados na APS, o SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) para a dispensação de medicamentos, o SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais), para avaliação dos resultados de contagem de linfócitos CD4+/CD8+, carga viral de HIV, e fenótipo, e mais recentemente, o sistema Laudo como ferramenta que conglobera os dados advindos do SISCEL e SICLOM.

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC), que permite visualizar e monitorar diversos *gaps* de tratamento, como o percentual de diagnóstico tardio, o tempo de início da TARV, a porcentagem de PVHA em supressão viral, entre outros (BRASIL, 2022b). Os dados do SIMC são publicados anualmente no Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, e também podem ser acessados via internet, na página de indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros.

Ainda, estados e municípios possuem SIS próprios, também utilizados para obtenção de diferentes dados (MELO; ALMEIDA; DONALÍSIO, 2021). No município de Porto Alegre/RS e em alguns municípios do estado do Rio Grande do Sul, utiliza-se o GERCON como sistema de regulação como alternativa para o gerenciamento de consultas ao nível especializado e hospitalar, organizando a fila de espera, e priorizando os casos conforme condicionalidades clínicas apresentadas em cada caso.

Estes diferentes sistemas podem gerar uma dificuldade na identificação do usuário e no acompanhamento de sua trajetória pela Rede de Atenção à Saúde. Além disso, a falta de um SIS que conglomerasse este rol de informações necessárias sobrecarrega os profissionais de saúde, resultando em interrupções no fluxo de informações entre os serviços e ineficiência no registro dos dados. A nível gerencial, há dificuldades no acesso a dados que subsidiem o diagnóstico situacional, dificultando as discussões e a tomada de decisão por parte dos gestores (CARMO *et al.*, 2021).

Esses desafios resultam em obstáculos para um cuidado efetivo e integrado das PVHA, comprometendo a continuidade dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados. É necessário desenvolver estratégias que promovam a integração dos sistemas de informação, a interoperabilidade entre eles e o acesso eficiente aos dados, a fim de otimizar o cuidado e a gestão da saúde das PVHA (CARMO *et al.*, 2021; COELHO NETO; CHIORO, 2021; GARCIA; MIRANDA; SOUSA, 2022).

5.3 TRATAMENTO DE PVHA NO BRASIL

Nos últimos anos, a epidemia do HIV apresentou uma redução na sua morbimortalidade, associada principalmente à adesão da terapia antiretroviral. No entanto, houve um aumento de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, que se tornaram mais prevalentes entre PVHA (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Estas características fizeram com que o Ministério da Saúde privilegiasse o tratamento de PVHA na Atenção Primária, contrariando o modelo até então priorizado de atendimento na atenção secundária, composto por Serviços de Atendimento Especializados (SAEs). Segundo o Ministério da Saúde, o modelo de atendimento restrito aos SAEs acarreta uma descontinuidade da assistência, uma vez que poucas acessam outros pontos da rede de atenção em saúde do SUS (BRASIL, 2018).

Barbara Starfield (2002) argumenta sobre a existência de atributos da APS que desempenham um papel fundamental no cuidado às PVHA, assim como na prevenção da infecção. Ela propõe uma divisão entre atributos essenciais, que incluem o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, e atributos derivados, como a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). Em outras palavras, os atributos essenciais da APS referem-se à disponibilidade de acesso do usuário sempre que necessário, garantindo assistência às suas diversas necessidades ao longo da vida e encaminhando-o para outros pontos da rede de saúde quando necessário. Já os atributos derivados enfatizam uma abordagem centrada na família, levando em consideração as necessidades específicas dos usuários no contexto econômico, social e cultural (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece a Atenção Primária à Saúde como a principal porta de entrada e coordenadora da Rede de Atenção à

Saúde (RAS). Ela se baseia em princípios e diretrizes que incluem a integralidade, a resolutividade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. As prerrogativas conferem à APS uma capacidade significativa de cuidar das pessoas vivendo com HIV, estabelecendo um nível de atenção privilegiado que engloba ações tanto a nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2017).

Esses atributos essenciais e derivados da APS fortalecem ainda mais o acompanhamento das PVHA neste nível de atenção, pois, além de serem fundamentais no cuidado pós-diagnóstico, também facilitam ações de prevenção ao considerar o contexto de vida dos usuários, uma vez que se reconhece a correlação entre a infecção e o contexto social em que vivem (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Por ter entre as suas características a proximidade com o território, o acompanhamento na APS facilita ainda a busca ativa de faltosos, e possibilita o acompanhamento regular dos indivíduos e suas famílias em um local de fácil acesso e próximo à residência das pessoas (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). O acompanhamento longitudinal e o vínculo entre profissionais e usuários possibilitam o fomento ao autocuidado e a aproximação ao núcleo familiar oportuniza o desenvolvimento e estímulo ao suporte e apoio familiar às PVHA, elemento que de acordo com Paschoal *et al.* (2014) é decisivo na adesão ao tratamento com ARV.

A partir destas características, em conjunto com a sobrecarga de trabalho dos serviços especializados, o Ministério da Saúde lança, em 2014, o Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica (BRASIL, 2014a). Esse caderno apresentou experiências bem-sucedidas de algumas cidades brasileiras, como Porto Alegre/RS, Curitiba/PR, Rio de Janeiro/RJ e Fortaleza/CE, que abordaram a descentralização do cuidado às PVHA. Além disso, destacou a gestão compartilhada entre a APS e a rede secundária como uma alternativa para melhorar a qualidade do cuidado, ampliar o diagnóstico precoce e garantir o tratamento oportuno.

A publicação do Caderno de Boas Práticas (2014a) deixa evidente a grande disparidade entre os municípios brasileiros em relação à implementação da política de prevenção ao HIV/Aids. Isso demonstrou a complexidade de estabelecer políticas de forma homogênea em um país de dimensões continentais como o Brasil. Por exemplo, o Caderno destacou a experiência de Curitiba, que vinha fortalecendo a participação da APS no acompanhamento das PVHA desde 2002, enquanto muitos

municípios ainda não haviam iniciado discussões consistentes sobre o assunto (BRASIL, 2014a).

Também em 2014, o Ministério da Saúde publicou a primeira versão do documento "5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica". Esse documento teve como objetivo reorganizar o modelo de atenção voltado para o manejo do HIV no país, visando melhorar a qualidade de vida dos usuários e intervir nos fatores de risco. Além disso, buscou oferecer suporte aos gestores no processo de implantação do manejo clínico do HIV na APS, iniciando assim o estabelecimento de um modelo mais eficiente e abrangente (BRASIL, 2017).

A partir desse momento, 2014, percebe-se um novo movimento de descentralização e redirecionamento da estratégia de combate à epidemia de HIV/Aids, com o objetivo de fortalecer a APS no cuidado às PVHA. Isso foi alcançado por meio do fortalecimento das relações entre os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pela valorização da APS, devido à sua capacidade de cuidado e intervenção na vida desses usuários, bem como à possibilidade de ampliar o acesso aos serviços (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de garantir suporte à Atenção Primária à Saúde e a eficiência do novo modelo proposto, o Ministério da Saúde recomendou a disponibilidade de matriciamento a partir da retaguarda especializada à assistência, o suporte técnico-pedagógico e o apoio institucional no processo de construção coletiva de propostas terapêuticas. Isso ocorre por meio do apoio dos serviços especializados e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2017, 2019a). É importante ressaltar que a implementação dessas medidas depende das condições locais e do interesse dos municípios, resultando em uma oferta variável de serviços e qualidade do cuidado oferecido às PVHA.

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou uma atualização do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, estabelecendo a APS como referência no atendimento de usuários assintomáticos e no controle dos pacientes estáveis, enquanto os casos de maior complexidade continuam sendo atendidos nos serviços especializados da rede (BRASIL, 2019a). Após a intensificação do estímulo à descentralização do cuidado às PVHA para a APS em 2014, não houve modificações estruturais no modelo de atenção às PVHA no país (CELUPPI *et al.*, 2022).

Desde então, tem havido investimentos na qualificação, consolidação e expansão desse modelo em todo o território nacional. Entre os avanços importantes registrados nesse período, podemos citar a disponibilidade de tratamento para todas as PVHA, independentemente do quadro clínico e da carga viral apresentada, a oferta da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV e da profilaxia pós-exposição, e recentemente, iniciativas de implantação de testagem de HIV por meio de amostras de fluido oral (BRASIL, 2019b).

Apesar dos esforços do governo federal, a maioria das cidades brasileiras ainda centraliza a atenção às PVHA nos serviços especializados, o que indica dificuldades na implementação da descentralização em âmbito nacional (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Gestores relatam que há deficiências no modelo proposto e resistência por parte dos trabalhadores da saúde, dos usuários e da sociedade civil organizada. Esta resistência se dá por medo de aumento da carga de trabalho dos profissionais da APS, pior qualidade no serviço prestado, quando comparado aos serviços especializados, e por medo do estigma que PVHA poderiam sofrer ao acessar serviços de saúde localizados perto de suas residências para a retirada de medicamentos (CELUPPI *et al.*, 2022; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

De acordo com López *et al.* (2014), embora haja vantagens substanciais relacionadas à assistência prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS), a implementação do manejo nesse nível de atenção enfrenta desafios gerenciais significativos. Esses desafios incluem o aumento da demanda, escassez de recursos humanos, dificuldades de articulação na Rede de Atenção à Saúde, nível de formação dos profissionais na área de HIV/AIDS e o risco de violação do sigilo dos usuários.

Autores como Colaço *et al.* (2019) e Melo *et al.* (2018a) também destacam em seus estudos a preocupação expressa por PVHA em relação à possibilidade de sua sorologia ser revelada para a comunidade durante o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Questões éticas e de sigilo são frequentemente levantadas, pois o acompanhamento geralmente ocorre na Unidade de Saúde de referência dos usuários, localizada próxima ao domicílio e também frequentada por vizinhos e familiares. Esse problema é uma preocupação adicional devido ao fato de que os Agentes Comunitários de Saúde, que também são moradores do território, e têm

acesso facilitado a informações confidenciais (CELUPPI *et al.*, 2022; COLAÇO *et al.*, 2019; MELO; ALMEIDA; DONALÍSIO, 2021).

Um estudo realizado em Porto Alegre nos anos de 2012 e 2013 investigou as dificuldades encontradas no processo de descentralização do acompanhamento de PVHA para a APS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). A pesquisa envolveu profissionais de saúde, representantes da comunidade e gestores municipais. Os resultados identificaram várias barreiras, incluindo equipes de saúde incompletas e alta rotatividade de profissionais, percepção de sobrecarga de trabalho, dificuldades no aconselhamento e na comunicação do diagnóstico, bem como desafios relacionados ao processo de trabalho de forma geral. Apesar disso, o estudo também apontou aspectos potenciais que poderiam contribuir para o sucesso da descentralização. Esses aspectos incluíam a sensibilização dos profissionais de saúde em relação aos dados epidemiológicos do HIV, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a adoção de uma lógica de trabalho orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a realização de capacitações e apoio matricial, e a participação ativa da comunidade no planejamento e implementação das ações. Esses fatores foram identificados como elementos positivos que poderiam contribuir para o fortalecimento do acompanhamento de PVHA na APS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Além das questões mencionadas, é importante destacar a rigidez nos esquemas de tratamento antirretroviral (TARV) estabelecidos nos protocolos para o uso da APS, o que dificulta o ajuste de medicamentos e o manejo de efeitos adversos. Isso pode impactar a adesão dos usuários ao tratamento, especialmente no caso do uso do Dolutegravir. Um estudo de De Boer *et al.* (2016) relata uma alta taxa de abandono ao tratamento, superior a 15%, associada aos efeitos colaterais causados pelo uso do Dolutegravir (DE BOER *et al.*, 2016). Embora não tenhamos encontrado estudos brasileiros que avaliem especificamente a adesão ao tratamento na APS, uma pesquisa realizada em Moçambique registrou uma taxa de abandono superior àquela encontrada nos serviços especializados (LAMBIDIN *et al.*, 2013). Esse resultado contradiz outros achados e ressalta a necessidade de estudos que avaliem os resultados da política de tratamento antirretroviral na APS em nível nacional.

Um estudo realizado em Florianópolis, considerada a capital brasileira com a maior taxa de detecção de HIV/AIDS em 2018, revelou dificuldades na

implementação de rotinas relacionadas à assistência de PVHA na APS (COLAÇO *et al.*, 2019). A cidade é reconhecida nacionalmente pela ampla cobertura da Estratégia de Saúde da Família e se configurava neste período como a capital com o melhor desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Este mesmo estudo, realizado em 2015 com enfermeiros da APS, identificou que os profissionais se sentiam despreparados para o cuidado de PVHA. De acordo com os participantes, apesar da existência de protocolos e portarias ministeriais que orientavam a atenção ao HIV/AIDS na APS, não havia um fluxo claro e sistemático de assistência. Isso levava os profissionais a adotarem uma postura de reclamação ou conduta individualizada. Além disso, o cuidado era centrado no médico, e a APS ainda não havia oficialmente assumido um fluxo de assistência às PVHA. Essa falta de reconhecimento contribuía para a manutenção da atenção focada nos serviços especializados e para a falta de um ambiente acolhedor e receptivo às necessidades desses indivíduos na APS (COLAÇO *et al.*, 2019). Estes resultados demonstram que mesmo em locais onde a APS encontra-se bem estabelecida e organizada, ainda existem desafios significativos no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV na APS. A ausência de um documento consolidado que forneça orientações acaba fragilizando o processo de cuidado e diminuem o impulso de descentralização por parte dos governos locais.

Observa-se, portanto, que o modelo de descentralização proposto, embora preveja diretrizes nacionais a serem seguidas em todo o país, permite que as políticas e ações de combate ao HIV sejam implementadas de maneiras diversas, de acordo com a compreensão dos gestores locais. Isso possibilita que a resposta à expansão da doença seja adaptada ao contexto e à realidade de cada localidade.

Em outras palavras, o governo federal estabelece a Política de Enfrentamento ao HIV/Aids, recomenda o modelo de atendimento às PVHA, define os serviços a serem financiados, bem como critérios, condições e procedimentos de algumas atividades em nível nacional, como a terapia antirretroviral e a dispensação de medicamentos. No entanto, cabe aos municípios determinar os fluxos organizacionais e as estratégias a serem adotadas, levando em consideração não apenas as necessidades locais, a capacidade operacional e a disponibilidade de recursos, mas também dados e resultados que apontem o melhor curso de ação a ser seguido.

Esses achados evidenciam a importância de se estabelecer diretrizes claras e abrangentes que orientem o cuidado de PVHA na APS em todo o país, pois apesar do recente desenvolvimento de uma linha de cuidado voltada às PVHA a nível nacional, e da existência de outras linhas de cuidado estaduais, e municipais, ainda há a necessidade de caminharmos em direção a uma maior uniformidade de processos, e de uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde a fim de fortalecer o cuidado contínuo e coordenado para os indivíduos que vivem com HIV/AIDS.

É importante ressaltar a atuação dos profissionais de saúde, também conhecidos como burocratas de nível de rua, que desempenham um papel crucial na implementação e oferta de cuidados relacionados à Política de Enfrentamento ao HIV/AIDS. Esses profissionais podem "realinhar" a política e implementá-la de forma diferente daquela projetada inicialmente. Isso significa que, mesmo com um desenho prévio elaborado em níveis hierárquicos superiores, a política continua em constante construção no contexto do cotidiano dos serviços de saúde, e sua efetivação depende dos sistemas de produção do cuidado.

5.3.1 Rede de Atenção à Saúde às PVHA em Porto Alegre

O município de Porto Alegre, devido ao cenário epidemiológico local, desempenhou um papel ativo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Essa participação levou a cidade a ser pioneira em várias iniciativas relacionadas ao cuidado e apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS, principalmente pelo engajamento da sociedade civil. Um marco importante foi a criação do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), a primeira organização não governamental do sul do Brasil voltada para o apoio psicossocial e jurídico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PARKER, 1994).

Porto Alegre também foi pioneira na implementação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), o primeiro serviço dessa modalidade em funcionamento no país, e que desempenhava na época um papel fundamental ao oferecer aconselhamento, testagem e apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS, contribuindo para a prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado da doença. Além disso, Porto Alegre se destaca como uma das capitais pioneiras na implementação de ações relacionadas à ampliação do acesso das pessoas vivendo com HIV/AIDS na APS.

Essas ações visam proporcionar um cuidado integral, próximo da comunidade e com enfoque na promoção da saúde e na prevenção de complicações relacionadas ao HIV/AIDS. O envolvimento da sociedade civil, a implementação de serviços especializados e a priorização da APS como um espaço de acolhimento e cuidado são elementos importantes nessa trajetória de enfrentamento e cuidado das PVHA.

Assim como ocorreu em nível nacional, os serviços de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS de Porto Alegre passaram por diversas modificações ao longo do tempo, buscando estratégias que se adaptassem melhor à realidade local. Na década de 2000, houve a municipalização das ações voltadas ao acompanhamento de PVHA, ou seja, a responsabilidade pela gestão dessas ações foi transferida para o âmbito municipal. Apesar da municipalização, as estratégias de enfrentamento à epidemia ainda estavam predominantemente centradas nos serviços especializados, que eram responsáveis pelo cuidado e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS. No entanto, a partir do início da segunda década dos anos 2000, observou-se um movimento de descentralização dessas ações para os serviços de APS.

No município, outras ações e projetos foram realizados na tentativa de enfrentar a epidemia do HIV. Foram implementados os projetos "Ponto de Encontro" e "Galera Curtição" em 2012, com vistas a prevenir a disseminação do vírus, especialmente entre jovens e frequentadores de espaços de lazer; o Projeto Fique Sabendo Jovem, projeto que conta com uma unidade móvel e que foi implementada por meio de uma parceria entre a SMS de Porto Alegre e o UNICEF, e fomentada pelo crescente aumento de casos HIV/AIDS em adolescentes e jovens adultos (15 a 24 anos) no município de Porto Alegre, e que se propôs a levar a testagem rápida a eventos, parques, e locais de grande circulação de pessoas. Outro marco importante foi o compromisso com a Meta 90-90-90, estabelecida pelo UNAIDS, e que foi assumido em 2015, visando alcançar até 2020 altas taxas de diagnóstico, tratamento e carga viral indetectável. Em parceria com o UNAIDS, o projeto "#BoraSaber" foi desenvolvido em 2019, promovendo a prevenção e a testagem rápida por meio de amostra de fluido oral.

Uma importante medida adotada foi a implantação da Testagem Rápida (TR) nos serviços de Atenção Primária à Saúde em 2012, facilitando o acesso ao teste de HIV e permitindo um diagnóstico oportuno. Devido ao grande potencial de

diagnóstico precoce, baixo custo, fácil realização, e acesso facilitado à população, o TR se tornou o meio usual de diagnóstico no município, e procedimento adotado por toda a RAS e com recomendação de realização sem a necessidade de agendamento prévio. Desde então todo e qualquer TR realizado na rede pública de saúde deve ser registrado em ferramenta digital específica para controle e acompanhamento dos casos, e ocorrendo de forma concomitante a notificação de todos os TRs reagentes.

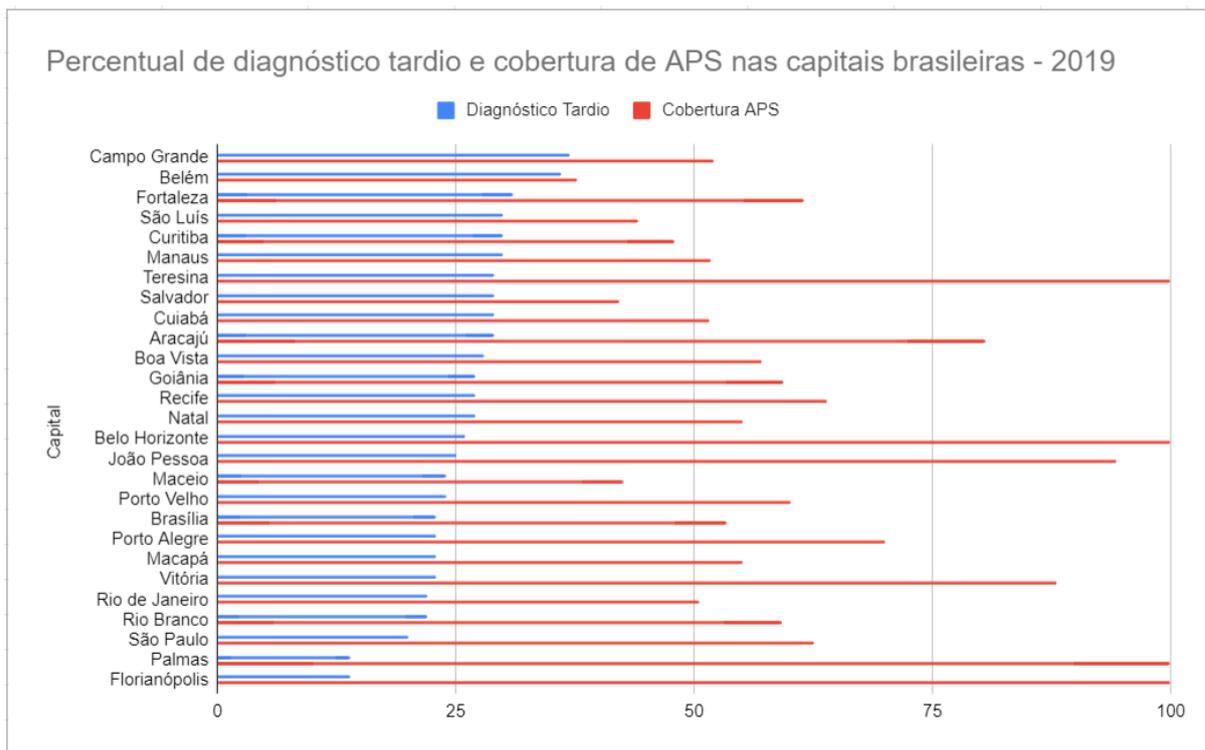
Visando ampliar o escopo da APS no enfrentamento do HIV para além das ações preventivas e de diagnóstico oportuno, Porto Alegre inicia em 2014 a descentralização do manejo clínico do HIV para a APS, que ocorreu antes do Ministério da Saúde (MS) recomendá-la a nível nacional. Desde então, as PVHA com um quadro clínico não agravado, e que teoricamente não necessitam de acompanhamento com infectologistas são acompanhadas na APS, sendo para tal estabelecidos os seguintes critérios: usuário virgem de tratamento; contagem de Linfócitos T-CD4/CD8 > 350/mm³, assintomáticos, que não apresentem coinfeção de HIV e tuberculose, HIV e hepatite B e/ou C, que não sejam crianças, e não estejam gestantes.

Recomendações adequadas de testagem e o acesso facilitado aos serviços de saúde desempenham um papel crucial na detecção precoce da doença (HALL *et al.*, 2013). Por outro lado, o fracasso na implementação dessas medidas pode prejudicar o diagnóstico oportuno e levar ao aumento dos casos diagnosticados em estágios avançados, o que é uma grande preocupação na Política de Enfrentamento ao HIV/AIDS (RIBEIRO *et al.*, 2020). Essa situação tem sérias implicações para os indivíduos afetados e para a sociedade como um todo. Portanto, é essencial garantir uma abordagem abrangente e eficaz no combate à epidemia, com enfoque na prevenção, testagem e acesso aos serviços de saúde, visando minimizar os impactos negativos do diagnóstico tardio do HIV/AIDS (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Em relação aos Sistemas de Informação em Saúde utilizados, Porto Alegre utiliza sistemas nacionais e municipais. Entre os sistemas nacionais, se utiliza o e-SUS (obtenção do prontuário eletrônico), o SICLOM (dispensação de medicamentos), e o SISCEL (avaliação dos resultados de exames laboratoriais). Além destes, Porto Alegre conta com o GERCON (Sistema de Gerenciamento de Consultas) que organiza os atendimentos de forma mais racional, priorizando os casos mais graves.

A cobertura da APS no município vem aumentando na última década, passando de 53,54% para 69,42%% entre os anos de 2010 e 2020 (BRASIL, 2020a). A ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos testes de diagnóstico do HIV desempenha um papel fundamental na redução dos casos de diagnóstico tardio. Essas ações estão intrinsecamente relacionadas à cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que ela é a principal porta de entrada para os serviços de saúde e o meio recomendado para o diagnóstico precoce da doença. Embora não se possa estabelecer uma relação causal entre as variáveis mencionadas, é válido apresentar dados referentes ao percentual de diagnóstico tardio e à cobertura da APS nas capitais brasileiras em 2019:

Gráfico 4 – Percentual de diagnóstico tardio de HIV e cobertura da APS nas capitais brasileiras (2019).



Fonte: BRASIL (2020a); BRASIL (2020b).

Esses dados nos permitem uma análise comparativa e fornecem indícios sobre a possível associação entre a cobertura da APS e a ocorrência de diagnóstico tardio do HIV/AIDS. No entanto, é importante ressaltar que outros fatores, como políticas de saúde locais, ampliação e descentralização da testagem rápida,

disponibilidade de recursos e conscientização da população, entre outras, também podem influenciar nesses resultados.

Apesar de Porto Alegre vir reestruturando as políticas públicas, modificando o processo de trabalho das equipes de saúde, e ampliando o acesso aos serviços de saúde, e em especial aos serviços de APS, dados do último Boletim Epidemiológico (2022), indicam que Porto Alegre é uma das capitais com os piores resultados relacionados à infecção por Aids no Brasil. As razões para isso não são bem definidas, no entanto pesquisas realizadas no município indicam que condições socioeconômicas, a alta desigualdade social, a invisibilização de raças e gêneros, a sobreposição de áreas de alta prevalência em favelas, sem o devido acompanhamento por serviços de saúde, podem impactar estas estimativas (MOCELLIN *et al.*, 2020; ROSSETTO *et al.*, 2019). Outros aspectos importantes a serem observados e que podem também contribuir com este panorama é a falta de estrutura das unidades de saúde; sobrecarga de trabalho, acentuada pela descentralização de diversas outras atividades para APS, e também pelo acúmulo de atividades burocráticas e assistenciais; insuficiência de capacitação profissional, especialmente àquelas voltadas à instrumentalização do acompanhamento pós-diagnóstico; e a elevada rotatividade de profissionais na rede.

A efetiva implementação de Políticas Públicas de Enfrentamento ao HIV/Aids é fator essencial ao fim da epidemia e à maior qualidade de vida das PVHA, constituindo-se, portanto, como um fértil campo de estudo para a avaliação das medidas e ações adotadas pelo poder público e seus respectivos resultados e benefícios à população.

Neste sentido, faz-se necessário a realização de estudos que analisem como vem se dando a implementação da Política de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids no município de Porto Alegre, já que este destaca-se no cenário nacional como uma das capitais brasileiras com os piores indicadores relacionados ao HIV/Aids (BRASIL, 2019), e apresenta um sistema público de saúde onde os serviços especializados dão sinais de sobrecarga e incapacidade de atender à crescente demanda de PVHA (PORTO ALEGRE, 2019) mesmo após a adoção de um modelo de atenção compartilhado com a APS e voltado à descentralização do cuidado das PVHA.

Assim, apesar de apresentar uma das maiores coberturas de APS entre as capitais brasileiras (BRASIL, 2020), e adotar um modelo descentralizado de cuidado

às PVHA como alternativa de ampliação do acesso, do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno, Porto Alegre segue apresentando indicadores que apontam para uma fragilidade no acesso e acompanhamento das PVHA (BRASIL, 2019b; BRASIL 2020a), evidenciando-se portanto a necessidade de analisar como vem se dando a implementação da Política de Enfrentamento ao HIV e quais os seus resultados em termos de acesso, acompanhamento, e monitoramento das PVHA em Porto Alegre, e discutir as dificuldades relacionadas a este processo, como a inexistência de um único Sistema de Informação em Saúde (SIS) que conglomere as informações necessárias ao acompanhamento das PVHA, por exemplo.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a política de enfrentamento ao HIV/AIDS através de marcadores de cuidado relacionados ao acesso, ao início da terapia antirretroviral, e aos aspectos clínicos, em indivíduos diagnosticados com HIV/Aids no município de Porto Alegre/RS no ano de 2019.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 - Identificar e caracterizar os indivíduos diagnosticados com HIV/Aids em 2019 na cidade de Porto Alegre/RS;
- 2 – Descrever os tempos entre o diagnóstico de HIV/Aids e a realização do primeiro exame de CD4 e/ou carga viral;
- 4 – Comparar indivíduos diagnosticados com HIV/Aids em relação à classificação de tempo de diagnóstico (tardio ou oportuno), quanto a variáveis sociodemográficas, gestação e óbito;
- 5 - Comparar indivíduos diagnosticados com HIV/Aids em relação à classificação de vinculação (oportuna ou não oportuna) com os serviços de saúde, a variáveis sociodemográficas, gestação e óbito;
- 6 – Comparar indivíduos diagnosticados com HIV/Aids de acordo com a classificação de tempo de início da TARV, quanto a variáveis sociodemográficas, gestação e óbito.

7 METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO

O estudo realizado corresponde a um estudo quantitativo observacional, analítico do tipo coorte retrospectiva (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013). Estudos de coorte retrospectivo coletam todos os dados sobre exposição e efeito antes do início do estudo, e buscam investigar fatores que estejam associados à exposição.

7.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo são todos os indivíduos residentes de Porto Alegre/RS diagnosticados com HIV/Aids no ano de 2019. Foram critérios de inclusão no estudo: estar listado no relatório SINAN por diagnóstico de HIV/Aids no ano de 2019 no município de Porto Alegre; estar em acompanhamento para HIV/Aids no município de Porto Alegre no ano de 2019; e ter 18 anos ou mais. Foram excluídos os usuários com histórico de diagnóstico prévio de HIV, e usuários com comprovação de acompanhamento em serviços de outro município.

7.3 COLETA DE DADOS

A coleta inicial de dados ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2022. Os dados foram obtidos através de diferentes sistemas de informação em saúde, além de outras ferramentas tecnológicas que dispõem de diferentes informações referentes às PVHA no município de Porto Alegre. O fluxo de dados obtidos pode ser visualizado no Quadro 1, onde consta a ordem de obtenção dos dados, o órgão em que o dado foi solicitado, o objetivo dos dados, e o sistema de informação que estes dados alimentam.

Quadro 1. Fluxo de obtenção dos dados do estudo.

Ordem	Órgão responsável	Objetivo	Sistema de Informação
1	CAIST	Registro de testagem rápida	-
2	CGVS	Notificações de HIV/Aids, independente do tipo de exame. Identificação de coinfeção e óbito.	SINAN e SIM
3	CGVS	Instituição solicitante e resultados de exames CD4 e carga viral.	SISCEL
4	Ministério da Saúde	Dispensação de medicamentos	SICLOM
5	DAPS	Trajatória de acesso aos serviços de saúde.	e-SUS
6	DAPS	Trajatória dos usuários com diagnóstico tardio.	GERCON
7	Ministério da Saúde	Dados de CV para usuários sem exames cadastrados no SISCEL.	SICLOM
8	CAIST	Informações a nível individual.	LAUDO

Legenda: CAIST: Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis. CGVS: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SIM: Sistema de Informação de Mortalidade. SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais. DAPS: Diretoria Geral de Atenção Primária. SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos. GERCON: Sistema de Gerenciamento de Consultas.

Inicialmente, foram requisitados os dados de registro de testagem rápida no município de Porto Alegre à Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (CAIST), órgão que faz parte da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Estes dados são produzidos por profissionais da rede pública de saúde de Porto Alegre (sejam eles da Atenção Primária ou de serviços especializados), que alimentam as informações em um Google Forms. Este banco de dados não alimenta nenhum sistema de informação, sendo utilizado exclusivamente para consulta dos gestores municipais, e apesar de haver outros SIS de registro do TR no município (esus-AB), esta é a principal fonte de informações de testes rápidos realizados no município devido a conglomerar informações de diversos serviços de saúde, bem como pela vigilância e acompanhamento regular da secretaria municipal de saúde.

Posteriormente, entramos em contato com a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) para obter as notificações de HIV/Aids realizadas em 2019, sejam por meio de exames laboratoriais ou testagem rápida (dados que alimentam o SINAN). O banco fornecido pela CGVS também teve como foco a identificação de coinfeção de hepatite B e tuberculose, bem como o registro de óbito. Ainda para a CGVS, requisitamos o levantamento de exames de CD4 e carga

viral, assim como a instituição solicitante dos exames (banco de dados que alimenta o SISCEL).

Dados relacionados à dispensação de medicamentos (dados que alimentam o SICLOM) foram requisitados à Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS), a qual acionou o Ministério da Saúde, que diretamente nos forneceu as informações. Apesar dos dados do SICLOM não terem por objetivo o registro de exames, isso pode ocorrer quando não há exames registrados no SISCEL (por exemplo, em casos de pacientes que coletam seus exames na rede privada de saúde). Por isso, solicitamos também as informações a respeito das cargas virais registradas no SICLOM.

Para identificar a trajetória de acesso aos diferentes serviços de saúde e os tempos de diagnóstico de cada paciente, solicitamos ao DAPS os dados do e-SUS, e também dados do GERCON, para identificarmos a trajetória de acesso aos serviços especializados nos 12 meses pré-diagnóstico, para os usuários que tiveram um diagnóstico considerado tardio.

Por fim, foi solicitado ao CAIST informações do sistema LAUDO, a fim de confirmar informações de nível individual (nome completo, nome da mãe e data de nascimento) que poderiam estar discrepantes entre os diferentes sistemas de informações.

7.4 LINKAGE DOS DADOS

A identificação dos indivíduos nos diferentes SIS bancos de dados ocorreu através da técnica de *“linkage”*, a qual consiste na ligação entre dois ou mais bancos de dados independentes que possuíam variáveis em comum, proporcionando a formação de um único banco que contém variáveis de diferentes bancos de dados. Para relacionar as bases de dados, foi utilizado a *linkage* determinística (OLIVEIRA *et al.*, 2016), utilizando-se emparelhamento pelas seguintes variáveis: nome do usuário, nome da mãe e data de nascimento. Dados não pareados foram descartados.

7.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O banco de dados completo, após o *linkage*, possuía 736 colunas (cada coluna representa uma informação) e 1.359 linhas (cada linha representa um

paciente). As principais informações sociodemográficas contidas no banco são: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, sexo, raça/cor, escolaridade, profissão e se a paciente está gestante. Em relação ao serviço de saúde, há dados sobre: instituição e profissional solicitante de cada exame, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e número de telefone.

Em relação à infecção por HIV/Aids, o banco de dados possui informações sobre: sintomatologia durante os exames (sintomático ou assintomático), critérios de definição (Rio de Janeiro/Caracas ou CDC adaptado), provável forma de contaminação, tipo de teste diagnóstico, exames realizados ao longo do tempo, resultados dos exames, dados sobre dispensação de medicamentos, entre outros. O banco também possui as datas de diagnóstico, datas de todos os exames de CD4 e CV realizados no período, a data de cada dispensação de medicamentos e de cada consulta realizada no serviço de saúde.

A partir destas informações, variáveis foram construídas para analisarmos os desfechos pretendidos neste estudo. Para identificar o tempo entre o diagnóstico de HIV/Aids e a coleta do 1º exame de CD4/CV utilizamos dados provenientes do SINAN e SISCEL, correlacionando a data de realização do exame, seja ele TR ou laboratorial, com a data de coleta do exame de CD4 e CV. Quanto ao período de tempo entre a 1ª coleta de CD4/CV e o início do tratamento com ARV, foram utilizados dados do SISCEL e SICLOM, sendo utilizada a data de coleta do exame laboratorial e a data de dispensação da primeira remessa de medicamentos ARV em algum SAE do município de Porto Alegre.

A identificação dos participantes vinculados e retidos aos serviços de saúde se deu através do levantamento de registros de exame de CD4 e/ou CV via SISCEL, e/ou de dispensação de antirretrovirais no SICLOM. Os indivíduos com supressão viral, ou seja, aqueles que apresentam CV abaixo de 1.000 cópias/mL (BRASIL 2019b), foram identificados por meio da análise dos resultados de exames disponíveis no SISCEL.

A construção de cada variável pode ser verificar no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2. Variáveis construídas.

Variável	Informações utilizadas	Descrição
Idade no momento do diagnóstico	Data de nascimento e data do diagnóstico	Variável contínua
Tempo para 1º exame	Data do diagnóstico e data do 1º exame de CD4 ou CV	Variável contínua (em dias)
Tempo de início da TARV	Data do diagnóstico e data da primeira dispensação de medicamento ARV	Variável contínua (em dias)
Situação de Diagnóstico	Resultado do 1º exame de CD4	Diagnóstico em tempo (1º exame de CD4 >200 células/mm ³); Diagnóstico tardio (1º exame de CD4 ≤ 200 células/mm ³)
Registro de dispensação de ARV	Verificação se houve ou não alguma dispensação de medicamento	Categorias: sim e não
Número de exames CD4 realizados	Contagem de exames realizados no período	Variável contínua
Número de exames CV realizados	Contagem de exames realizados no período	Variável contínua
Usuário Vinculado Oportunamente	Verificação se em até 90 dias após a data do diagnóstico ocorreu algum exame (CD4 ou CV) ou uma dispensação de ARV	Categorias: sim e não.
Usuário vinculado	Verificação se houve pelo menos um exame de CD4 ou carga viral; ou dispensação de ARV	Categorias: sim e não.
Usuário Retido	Verificação se houve pelo menos dois exames de CD4/CV ou dispensação de ARV nos últimos 100 dias do ano	Categorias: sim e não.

7.6 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi duplamente digitado e revisado no software SPSS, versão 18.0. Variáveis quantitativas foram expressas como médias \pm erros-padrões das médias (\pm EPM) ou por medianas (md) e intervalos interquartílicos (IQR, percentis 25 e 75), definidos pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (n%).

Análises bicaudais comparativas de variáveis quantitativas foram realizadas por testes para amostras independentes (teste t de Student para médias ou teste de Mann-Whitney para medianas). Análises de associação entre variáveis categóricas

foram conduzidas pelo Teste de Qui-Quadrado com análises residuais ajustadas. Para todas as análises, o índice de significância estatístico foi estabelecido em 5%.

No que se refere às análises relacionadas ao quesito raça/cor, adotamos o conceito de “negros” como terminologia para designar o somatório de pretos e pardos, uma vez que ambos os grupos apresentam uniformidade em suas características socioeconômicas, assim como sofreram discriminações, potenciais ou afetivas, de mesma natureza (OSÓRIO, 2003).

7.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a implementação deste estudo são observadas as exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, obedecendo as resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, submetendo a proposta à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, CAAE (51844221.4.0000.5347).

Devido à pesquisa não prever o contato com os participantes do estudo e frente à inviabilidade de busca dos participantes para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitamos a dispensa do uso do TCLE e fizemos o uso do Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD) (Apêndice 1) como um instrumento de responsabilidade e manutenção do sigilo dos dados. Assim, como os dados foram passados inicialmente aos integrantes da equipe estatística.

Para o repasse do banco de dados aos estatísticos que colaboraram com as presentes análises nós fizemos uso de um HD externo e/ou realizamos o envio dos dados via plataforma Wetransfer, ferramenta gratuita destinada ao envio de arquivos e com um período de disponibilidade do arquivo para download limitado e com posterior exclusão automática dos arquivos.

Apesar da presente pesquisa não ter representado riscos diretos à saúde dos participantes deste estudo, e de precauções terem sido adotadas no sentido de preservação do anonimato desses indivíduos, entende-se que como em todo estudo, o presente trabalho apresenta riscos de quebra de sigilo por eventuais problemas no transcorrer da pesquisa e o conseqüente constrangimento e exposição dos envolvidos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos 35 anos de epidemia da Aids no Brasil, observou-se uma série de variações no perfil epidemiológico da doença, bem como na forma de implementação da política e na adoção de estratégias e ações promovidas pelo governo brasileiro. Inicialmente, as ações do governo foram focadas em medidas preventivas, como a distribuição de preservativos e a educação sexual. Isso se deveu pelo fato de que, na época, não havia tratamentos eficazes para a Aids. Contando com a participação e o apoio de organizações da sociedade civil, o governo também investiu em ações de conscientização da população, e na desconstrução de concepções equivocadas sobre a doença.

Com o desenvolvimento de novos tratamentos para o HIV, o foco das ações do governo mudou para o tratamento e a prevenção da transmissão vertical da doença. O governo também passou a investir em ações de diagnóstico e tratamento precoce, bem como em ações de apoio às pessoas que vivem com HIV/Aids. Apesar dos avanços alcançados, a Aids ainda é uma doença grave que exige uma resposta contínua do governo e da sociedade. O governo brasileiro tem trabalhado para garantir o acesso universal aos tratamentos para a Aids, bem como se aproximar das metas e objetivos dos tratados internacionais a fim de reduzir a transmissão da doença, e obter melhores indicadores de saúde.

Em nosso estudo, objetivamos analisar a Política de Enfrentamento ao HIV/Aids através de marcadores de cuidado relacionados ao acesso, ao início da terapia antirretroviral, e aos aspectos clínicos, em indivíduos diagnosticados com HIV/Aids no município de Porto Alegre/RS no ano de 2019, o que nos possibilitou ter uma visão ampla do funcionamento de toda a política estabelecida no município, bem como identificar o perfil dos pacientes participantes do estudo, e alguns aspectos relacionados ao acesso e acompanhamento clínico nos serviços de saúde da capital.

O perfil dos indivíduos diagnosticados no ano de 2019 é composto predominantemente por indivíduos do sexo masculino, e com a raça/cor autodeclarada branca, no entanto encontrou-se um percentual de negros acima do registrado na população em geral. A maioria dos indivíduos encontrava-se no momento do diagnóstico com o ensino médio completo ou o superior incompleto, e com uma maior concentração de indivíduos entre os 30 e 39 anos.

Os resultados apontam para a necessidade de campanhas de prevenção e enfrentamento do HIV/Aids voltadas ao público com idade acima de 50 anos, já que uma proporção considerável da amostra se encontrava acima dos 50 anos no momento do diagnóstico, e identificou-se uma maior tendência ao diagnóstico tardio do que quando comparado aos indivíduos mais jovens e às gestantes. Os resultados sugerem, portanto, que este público não somente encontra-se sexualmente ativo e exposto à infecção pelo HIV, como também se encontra em situação de vulnerabilidade que os levam a uma maior ocorrência de diagnóstico tardio em relação às demais faixas etárias. Em contrapartida, e aqui falando especialmente daqueles indivíduos acima de 60 anos, apesar de uma maior ocorrência de diagnóstico tardio e de claros sinais de morosidade no processo de acesso e diagnóstico, há uma tendência de melhores taxas de vinculação oportuna e de maior brevidade no início da TARV.

Reconhecendo que a grande maioria dos participantes deste estudo encontra-se em idade reprodutiva, chamamos a atenção para a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva e à qualificação do pré-natal. Fica evidente que o período gestacional se configura como uma grande oportunidade para o diagnóstico do HIV nas gestantes, sendo deste modo, um bom momento para a testagem d(o) parceiro(s) sexual(is), e, portanto, uma medida a ser cada vez mais estimulada pelos profissionais e instituições.

Observou-se que a grande maioria das solicitações de exames de CD4/CV foram realizadas por médicos, sendo importante permanecer com as ações de fortalecimento do cuidado multiprofissional por se entender que somente assim ampliaremos a possibilidade de um atendimento integral, com a observação de todas as necessidades, e atenção a todas as dimensões do cuidado. Identifica-se ainda a necessidade de permanente investimento em capacitação profissional, especialmente àqueles em atuação na APS, já que quase 50% das PVHA participantes deste estudo apresentam critérios clínicos para o acompanhamento na APS. Importante reconhecer que este nível de atenção é responsável pelo acompanhamento de inúmeras outras situações de morbidades, e que, dentre tantas outras atribuições, precisa estar o acompanhamento das PVHA, sendo que para isso, os profissionais precisam conhecer os protocolos e fluxos assistenciais envolvidos neste processo. Outro ponto de atenção, e que também muito se

relaciona com a atuação da APS, é a necessidade de se retomar orientações quanto a recomendação do teste a ser utilizado para o diagnóstico.

Alerta-se para a necessidade de revisão das estratégias, e/ou monitoramento do plano traçado, para que as ações de diagnóstico precoce e acompanhamento adequado sejam mais efetivas, já que se identificou fragilidades não somente no tempo de diagnóstico, mas também de início do tratamento. Neste sentido, é importante que tais estratégias levem em consideração os dados apresentados neste trabalho, em especial àqueles relacionados a idade, escolaridade, e raça/cor, os quais em algumas categorias apresentaram diferença significativa em termos de diagnóstico precoce, vinculação, e tempo de início da TARV, remetendo a questões de iniquidades em saúde.

Destaca-se a grande dificuldade na obtenção das informações utilizadas neste estudo, informações que são essenciais para que os gestores públicos tenham uma visão global da política e dos resultados por ela obtidos, evidenciando se há ou não efetividade nas ações de cuidados. Também é importante destacar que neste estudo verificamos que há a necessidade de uma mobilização de muitos esforços de equipes e de informações provenientes de diversos sistemas e setores para que estas representem um conjunto de dados possível de leitura sobre a política. Assim, fica claro que uma revisão ou reestruturação de SIS utilizados para o acompanhamento de pacientes com HIV, poderia representar um ganho na resposta da Política de Enfrentamento ao HIV, tanto em termos de qualificação do acompanhamento e manejo clínico no nível individual, quanto do gerenciamento da política de forma ampla.

Dentre os desafios, elenca-se a necessidade de se traçar estratégias a fim de evitar o caos de informação advinda da existência de dados provenientes de diversos SIS, dados descontraídos, divergentes, e sem fundamentação. Sugere-se a melhoria de estratégias na elaboração dos SIS voltados ao acompanhamento das PVHA, com a elaboração de sistemas que deem conta de conglomerar o maior número de informações possível ao acompanhamento dos pacientes e dos resultados da Política de Enfrentamento ao HIV, e/ou que disponibilizem ferramentas de vinculação e migração de informações de outros SIS sempre que necessário. Neste estudo foi necessário o uso de *linkage* para conseguir acompanhar uma linha de cuidados aos pacientes. Ferramentas como essa não são de fácil acesso para gestores e profissionais de saúde.

Identifica-se a necessidade de automatização de processos, disponibilidade de acesso aos SIS com informações necessárias ao manejo clínico do HIV para todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado, mantendo-se a necessidade de segurança e sigilo das informações, e a possibilidade de vinculação com SIS mais antigos a fim de possibilitar o aumento da eficiência operacional, maior produtividade e agilidade no atendimento associado à melhoria na assistência à saúde. É importante mencionar a necessidade de uniformização dos sistemas utilizados a nível nacional para que não se percam informações dos pacientes durante mudanças de endereço, e se evite o prejuízo assistencial.

Outro aspecto relevante a ser mencionado é a necessidade de qualificação dos registros, já que em inúmeros momentos identificamos inconsistências nos dados registrados e/ou ausência de informações nos SIS. Há a necessidade de conscientização dos profissionais quanto a importância da realização de registros com qualidade, mas também a de garantia de condições de trabalho que possibilitem um exercício profissional seguro, na medida em que a importância dos registros não seja deixada de lado pela emergencialidade e necessidade de priorização das atividades assistenciais.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender às demandas das PVHA de forma a ofertar uma abordagem e um cuidado em saúde que permita não somente o tratamento clínico, mas a aceitação da doença, a melhoria da qualidade de vida, e o menor impacto social. Identifica-se a necessidade de políticas de enfrentamento ao HIV que contemplem as questões abordadas neste estudo, e que novos estudos possam investigar em profundidade as diferenças no acesso e nos resultados clínicos apresentados pelos indivíduos acompanhados em serviços especializados, e aqueles acompanhados na APS.

Por fim, salienta-se que este estudo será apresentado ao setor responsável pela elaboração e acompanhamento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das ISTs, HIV/Aids do Município de Porto Alegre, assim como amplamente divulgado em toda a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e comunidade acadêmica, a fim de possibilitar o acesso às informações constantes neste trabalho, que serão de extrema relevância para o planejamento das ações voltadas às PVHA. Desta forma, destaca-se a relevância pública desta tese, ao apresentar uma análise robusta com dados locais, reconhecendo potencialidades e

fragilidades da política de enfrentamento, e permitindo melhorias no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. D. *et al.* Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 643–652, 2006.
- ALMEIDA, M. F. D.; MELLO JORGE, M. H. P. D. O uso da técnica de “Linkage” de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 141–147, 1996.
- ANDERSON, R. M.; MEDLEY, G. F. Epidemiology of HIV infection and AIDS: incubation and infectious periods, survival and vertical transmission. **AIDS (London, England)**, [s. l.], v. 2 Suppl 1, p. S57-63, 1988.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. D. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 2215–2228, 2010.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 331–345, 2003.
- BARBOZA, R. Acordos de empréstimo para AIDS e a Política de Incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 46–53, 2021.
- BASTOS, F. I. *et al.* AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 729–737, 2008.
- BATISTA, A. G.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 693–704, 2019.
- BATISTA, Luis Eduardo e BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017, v. 33, n. Suppl 1, e 00090516. Epub 08 Maio 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qv9LSRPCWytv45yspS/>>
- BERKMAN, A. *et al.* A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 95, n. 7, p. 1162–1172, 2005.
- BIGOLIN, Á. **Determinação da cobertura de distribuição dos testes rápidos utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis no Brasil e análise do registro de uso de testes rápidos e laboratoriais no diagnóstico da infecção pelo HIV no país**. 2021. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2021.

BRASIL. **Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm.

BRASIL. **PORTARIA N° 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986.** Para efeitos de Aplicação da Lei N° 6.259 de 30 de Outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial N° 608Bsb, de 28 de Outubro de 1979, a SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA.1986.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** 1988.

BRASIL. **PORTARIA N° 545, DE 20 DE MAIO DE 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993.

BRASIL. **PORTARIA n° 2.203, DE 05 DE NOVEMBRO DE 1996.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico — Aids Ano XV n°2 - 48ª/2001 à 13ª/2002 semanas epidemiológicas outubro de 2001 à março de 2002. [s. l.], 2002.

BRASIL. **PORTARIA N.º 2313, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2002.** Texto da Portaria Ministerial n° 2313, de 19/12/2002, Republicada no Diário Oficial da União-DOU, Seção 1,n° 55, de 20/03/2003, com as alterações da portaria n° 1.071, de 09 de julho de 2003, instituindo Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. 2002a.

BRASIL. **PORTARIA N.º 2314, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2002.** Necessidade de padronizar os instrumentos para a elaboração dos planos de ações e metas, principal documento para o pleito ao incentivo para estados, distrito federal e municípios no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras DST e aprova as normas relativas a este.2002b.

BRASIL. **Critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças.** [S. l.]: 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., 2004. (Série Manuais, v. 60).

BRASIL. **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf.

BRASIL. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2009. (Textos Básicos de Saúde). v. 1

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.073, DE 31 DE AGOSTO DE 2011**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis municipal, distrital, estadual e federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. 2011.

BRASIL. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. 2014a.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. 2014b.

BRASIL. **Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids**. 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. 2017.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: [s. n.], 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids | 2019. Brasília, DF. n. Especial, 2019. Disponível em: <<http://antigo.Aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivAids-2019>>

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: [s. n.], 2019a.

BRASIL. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022. Brasília, dez. 2022a. p. 78.

BRASIL. Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (Simc). [s. l.], 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/Aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao/simc>.

BOTTON, A. *et al.* Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**. 25 (1) 2017 Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7009/5608>.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de Políticas Públicas**. Brasília, DF. 2018.

CARMO, R. A. D. *et al.* Subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil: linkage dos registros hospitalares com dados de declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1299–1310, 2021.

CDC, C. for D. C. and P. **MMWR: Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)**. United States: CDC, 1982. Morbidity and Mortality Weekly Report. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001257.htm>.

CDC, C. for D. C. and P. **Provisional Public Health Service Inter-Agency Recommendations for Screening Donated Blood and Plasma for Antibody to the Virus Causing Acquired Immunodeficiency Syndrome**. United States: CDC, 1985. Morbidity and Mortality Weekly Report. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001257.htm>.

CELUPPI, I. C. *et al.* Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 56, p. 13, 2022.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 7, p. e00182119, 2021.

COELHO, R. de A. **Estudo da distribuição da subnotificação do HIV/Aids no Brasil, 2012 a 2016. 2019.** 2019. 108 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

COLAÇO, A. D. *et al.* CARE FOR THE PERSON WHO LIVES WITH HIV/AIDS IN PRIMARY HEALTH CARE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e20170339, 2019.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 319–328, 2001.

CÔRTEZ SOUTO, M. **PROJETO AIDS II E A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.** 2003. 169 f. Dissertação de Mestrado - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, Rio de Janeiro, 2003.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Em: A SAÚDE EM DEBATE NA EDUCAÇÃO FÍSICA.* [S. l.: s. n.], 2006. v. 2, p. 45–66.

DA SILVA, M. V. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s. l.], n. 69, 2012. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/790>.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. D. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. 104, p. 210–225, 2015.

DAMIÃO, J. D. J. *et al.* Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 132, p. 163–174, 2022.

DE BARROS, F. P. C. A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, [s. l.], v. v. 17, 2019.

DE BOER, M. G. J. *et al.* Intolerance of dolutegravir-containing combination antiretroviral therapy regimens in real-life clinical practice. **AIDS**, [s. l.], v. 30, n. 18, p. 2831–2834, 2016.

DECLICH, S.; CARTER, A. O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 72, n. 2, p. 285–304, 1994.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas Públicas: Princípios, Propósitos e Processos**. 1. ed. [S. l.]: Atlas, 2012.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *Em*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323–363. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-17.pdf>.

FARIA, C. A. P. D. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 18, n. 51, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100004&lng=pt&nrm=iso&tling=pt.

FARIA, C. A. P. de. **Produção e manejo de evidências para as políticas públicas: aprendendo com a experiência comparada de cinco tipos de instituições especializadas**. Brasília: ENAP, 2022. (Cátedras 2019). *E-book*. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/7334>.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *Em*: MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA. [S. l.: s. n.], 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, v. 4).

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 743–752, 2009.

FONSECA, E. M. D. *et al.* Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 2134–2144, 2007.

FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. suppl 1, p. 84–97, 2008.

Franco, N. E. M. (2014). El cuidado de sí masculino como tema necesario en los debates contemporáneos de la salud pública. In Strey, M. N; Von Mühlen, B. K; & Kohn, K. C. (Orgs.). Caminhos de Homens: gênero e movimentos. (pp. 237-260). Porto Alegre: EDIPUCRS.

FUSTER-RUIZDEAPODACA, M. J. *et al.* Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: a cross-sectional national survey. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 234, dez. 2017.

GALVAO, J. **1980-2001: Uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002a.

GALVAO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 213–219, 2002b.

GALVAO, J. As respostas das Organizações Não-Governamentais frente à epidemia de HIV/Aids. *Em: POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E AIDS: ENFRENTANDO A EPIDEMIA NO BRASIL*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. p. 69–108.

GALVÃO, J.; BASTOS, F. I.; NUNN, A. The Brazilian Response to AIDS from the 1980s to 2010: Civil Society Mobilization and AIDS Policy. [s. l.], v. VI, n. 1, 2012.

GARCIA, K. K. S.; MIRANDA, C. B. D.; SOUSA, F. N. E. F. D. Procedimentos para vinculação de dados da saúde: aplicações na vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. e20211272, 2022.

GARCIA, S. *et al.* Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **E-book**, [s. l.], v. 2, p. 417–447, 2015.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2004. *E-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zthrj>.

GRANGEIRO, A. *et al.* Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 954–975, 2012.

HALL, H. I. *et al.* Late Diagnosis and Entry to Care after Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection: A Country Comparison. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. e77763, 2013.

LAMBIDIN, B. H. *et al.* Integration of HIV Care and Treatment in Primary Health Care Centers and Patient Retention in Central Mozambique: A Retrospective Cohort Study. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [s. l.], v. 62, n. 5, p. e146–e152, 2013.

LIMA, C. R. D. A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 10, p. 2095–2109, 2009.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. **Políticas públicas, gestão urbana e desenvolvimento local**. Porto Alegre: Metamorfose, 2018.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. 2003. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOTTA, G. (org.). **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil**. Brasília: ENAP, 2019.

LUCCHESI, P. T. R. **POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PÚBLICA**. [S. l.]: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MACHADO, J. A. Seção Temática: Gestão e poder local. [s. l.], 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MAIA, D. A. Notification of cases of HIV/AIDS among the elderly in the state of Ceará: the historical sequence between 2005 and 2014. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 21 (05), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/GpY3YxTmgkyc5ykznJncjGK/?lang=en#>

MARIN, H. de F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. [s. l.], 2010.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. e000829, 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49508>.

MELO, M. A. D. S. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 71, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MELO, M. C. D.; ALMEIDA, V. C. D.; DONALÍSIO, M. R. Tendência da incidência de HIV-Aids segundo diferentes critérios diagnósticos em Campinas-SP, Brasil de 1980 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 297–307, 2021.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. [S. l.]: Conass, 2015.

MENICUCCI, T. M. G.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. (Temas em saúde).

MOCELLIN, L. P. *et al.* Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300308&lng=pt&nrm=iso&tling=pt. Acesso em: 20 jun. 2023.

MORENO, R. A. Interoperabilidade de Sistemas de Informação em Saúde. [s. l.], v. 8, n. 3, 2016. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/502>.

OLIVEIRA, C. M. D.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. 104, p. 255–267, 2015.

OLIVEIRA, G. P. D. *et al.* Accuracy of probabilistic and deterministic record linkage: the case of tuberculosis. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 0, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100236&lng=en&tlng=en.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 167–183, 1986.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 33, n. 81, 2009.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA: IMS, UERJ, 1994. v. 10

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996. [s. l.], v. 27, p. 8–49, 2003.

PARKER, R. **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

PARKER, R. The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 92, n. 3, p. 343–347, 2002.

PASCHOAL, E. P. *et al.* Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140005>.

PAULA, A. A. D. *et al.* Assessing the underreporting of deaths among people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil, from 2014 to 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. e00081821, 2022.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL. [s. l.], v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006.

PERDIGÃO, R. E. A. *et al.* Oportunidade de vinculação de pessoas vivendo com HIV em um serviço especializado de saúde, Belo Horizonte (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200020, 2020.

PIMENTA, C. *et al.* (org.). **Seminário Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS: relatoria**. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

RAEDER, S. T. O. CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. [s. l.], v. VII, n. 13, p. 121–146, 2015.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1777–1789, 2018.

RIBEIRO, L. C. S. *et al.* Late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus infection and associated factors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e3342, 2020.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

ROCHA, M. S. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000101201&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

ROSSETTO, M. *et al.* Coinfecção tuberculose/HIV/Aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. e20180033, 2019.

RUTSTEIN, S. E. *et al.* Clinical and public health implications of acute and early HIV detection and treatment: a scoping review. **Journal of the International AIDS Society**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 21579, 2017.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2a edição. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SILVA, J. P. L. da *et al.* Revisão sistemática sobre encadeamento ou linkage de bases de dados secundários para uso em pesquisa em saúde no Brasil. [s. l.], v. 14, n. 2, p. 197–224, 2006.

SILVA, A. G. *et al.* Revisão integrativa da literatura: assistência de enfermagem a pessoa idosa com HIV. **Rev. Bras. Enferm.** 71 (supl 2) 939-47 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DfxdjSzRgd8vN7gDK8RXXcx/?lang=pt#>.

SILVA, M M. Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**. 29 (10), 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TMYg3NWwXfyqG3bHYBPXZxw/?lang=pt#>.

SILVA, H. R. da *et al.* Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 499-507, 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400009&lng=pt&nrm=iso>.

SOUZA, C. POLÍTICAS PÚBLICAS: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, [s. l.], v. 16, n. 39, 2006a. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18743>.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [s. l.], n. 16, p. 20–45, 2006b.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: [s. n.], 2002.

TEIXEIRA, Luciana B. Factors associated with post-diagnosis pregnancies in women living with hiv in the south of brazil. **Plos one**, San Francisco, v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319676/>>.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018.

THACKER, S. B.; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. **Epidemiologic Reviews**, [s. l.], v. 10, p. 164–190, 1988.

TOWNSEND, C. *et al.* Trends in management and outcome of pregnancies in HIV-infected women in the UK and Ireland, 1990–2006. **BJOG**. v. 115, n. 9, p. 1078–1086, Ago. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.01706.x/full>>

TREICHLER, P. A. AIDS, homophobia and biomedical discourse: An epidemic of signification. **Cultural Studies**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 263–305, 1987.

UNAIDS, P. C. das N. U. sobre H. **EM PERIGO: Relatório Global sobre AIDS**. Genebra: [s. n.], 2022.

UNAIDS. **On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population**. Switzerland: [s. n.], 2015. Disponível em: <http://www.unAids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>. Acesso em: 30 nov. 2018.

Van Dijk, T. A. *Discurso e poder*. São Paulo: Contexto, 2012

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. D.; OLIVEIRA, R. G. D. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

VIEIRA, C. P. *et al.* Tendência de infecções por HIV/Aids: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. **Esc. Anna. Nery**. 25 (2), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9V6gqMwRYQkJJW3LDgWgRLD/?lang=pt#>

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100087&lng=en&nrm=iso>.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 1). v. 7

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. D. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 785–806, 2016.

APÊNDICE 1**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS**

Título da pesquisa: Marcadores do cuidado contínuo do HIV na Rede de Atenção à Saúde: uma análise da Política de Enfrentamento ao HIV/ Aids em uma capital do sul do Brasil.

Pesquisador(a) responsável: Andréa Fachel Leal (orientadora)

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Telefone e email de contato: Email: fachel.leal@ufrgs.br Fone: (51) 99668-1678

Eu, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas nas **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em especial as de nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018**, e complementares.

Assumo o compromisso, JUNTO COM A EQUIPE DE PESQUISA, de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações identificáveis ou pessoais de usuários dos serviços (como prontuário(s) e outros registros), assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Comprometo-me também a destinar os dados coletados somente para o presente projeto de pesquisa.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**.

Porto Alegre, 02 de setembro de 2021.

