

O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação

Care for People Living With HIV/AIDS in Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro: an implementation evaluation

Bernardo Lago Alves¹, Regina Ferro do Lago², Elyne Montenegro Engstrom²

DOI: 10.1590/0103-11042022E702

RESUMO Objetivou-se realizar uma avaliação de implantação do modelo descentralizado de cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) no Município do Rio de Janeiro (MRJ) mediante análise do contexto que propiciou a intervenção e análise do grau de implantação ao fim do período estudado (2013-2016). Nesses anos, substituiu-se a atenção centrada no infectologista pelo manejo focado na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A pesquisa utilizou entrevistas com gestores e análise de dados secundários para estudar o contexto gerencial da saúde no MRJ e sua influência sobre a construção do modelo descentralizado, assim como as características desse modelo e o grau de sua implantação. A análise de contexto evidenciou a influência das normativas nacionais sobre a reforma da APS no município, e desta sobre a proposta de cuidado descentralizado, bem como as tensões entre atores do processo, especialmente gestores, médicos da APS, infectologistas e PVHA. Como características do modelo descentralizado, destacaram-se ampliação de acesso, promoção da integralidade e coordenação do cuidado. Quanto ao grau de implantação, concluiu-se que esta havia progredido heterogeneamente, avançando mais nas áreas de prevenção, diagnóstico e assistência farmacêutica, e menos em atenção integral e coordenação do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. HIV. Aids.

ABSTRACT This article aimed to evaluate the implementation of a decentralized care model for People Living With HIV/AIDS (PLWHA) in the city of Rio de Janeiro, by analyzing the context that enabled it and the degree of its implementation at the end of the time frame studied (2013-2016). During this period, infectologist-centered HIV/AIDS care was replaced by one centered in Primary Health Care (PHC), in the context of strengthening the Family Health Strategy. By interviewing administrators and analyzing secondary data, we studied the process from city health managers' viewpoint, described its main characteristics and the degree to which decentralization measures were implemented. As a result, we observed how national guidelines influenced the implementation of changes in the municipal PHC structure, especially in the restructuring of HIV care, and the tensions among key players (administrators, PHC doctors, infectologists, and PLWHA). Among the characteristics of the new model, increasing healthcare access, enhancing integrality and coordination of care were features most commonly cited in the interviews. Finally, the degree of implementation of the decentralization policy was found to be heterogeneous, being more advanced in the fields of prevention, diagnosis and access to medication, and less in comprehensive care and coordination of care.

KEYWORDS Primary Health Care. Health evaluation. HIV. AIDS.

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
bernardolagoalves@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua principal manifestação clínica – a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) – são agravos de grande magnitude no planeta, com enorme carga física e subjetiva para os indivíduos e suas famílias.

Desde o início da epidemia, nos anos 1980, até o início dos anos 2000, o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) era conduzido prioritariamente por especialistas infectologistas em unidades de saúde secundárias ou terciárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil^{1,2}. Poucas atribuições eram reservadas ao nível primário de atenção – entre estas, as atividades de educação em saúde e a distribuição de insumos de barreira¹.

O modelo de atenção às PVHA no século XX correlacionava-se com o padrão epidemiológico inicial do agravo, considerado uma doença infecciosa aguda, de elevada morbimortalidade, que acometia populações de risco e com vulnerabilidades específicas que se concentravam, principalmente, em grandes centros urbanos³. As escolhas terapêuticas eram objeto de incertezas; os eventos adversos dos Antirretrovirais (ARV) eram frequentes e intensos¹ e havia desconhecimento de aspectos centrais para a evolução clínica, como o comprometimento imune e suas respectivas complicações no processo saúde-doença-cuidado. Evidenciava-se um quantitativo elevado de internações hospitalares e óbitos, tornando o acompanhamento clínico mais complexo e de atenção especializada.

O cenário epidemiológico modificou-se no início do século XXI, tanto pela disseminação do HIV/Aids para diversos grupos populacionais quanto pela modificação da evolução clínica do agravo, devido à incorporação de novas tecnologias e recursos terapêuticos. Tais inovações tiveram impacto positivo na redução da morbimortalidade, no tempo de sobrevivência e na qualidade de vida, aumentando a proporção de pessoas assintomáticas vivendo com o vírus. Essas mudanças exigiram a reorganização

dos serviços de saúde em um novo modelo de cuidado nos diferentes ciclos de vida, coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS)³.

Processos de transição demográfica e epidemiológica na população brasileira, como o envelhecimento e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, demandaram ainda a revisão do papel da APS, para exercer seus atributos de acesso, integralidade, vínculo longitudinal e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), para promover o acompanhamento de todos os usuários com condições crônicas de saúde, como as PVHA^{2,4}.

Na gestão pública federativa do SUS, os municípios têm autonomia para executar e administrar os serviços da APS, reconhecendo-se o papel do ente federal na formulação e na indução de políticas e ações estratégicas, como ocorrido com a normativa publicada no ano de 2002, que determinou a descentralização da atenção às PVHA dos centros de especialidades para a APS². À descentralização do financiamento, seguiram-se mudanças em diretrizes clínicas e normativas nacionais relativas ao diagnóstico, tratamento geral e de casos específicos, fortalecendo o papel da APS no cuidado. Contudo, persistem desafios para implementação da linha de cuidado de HIV/Aids pelos entes subnacionais⁵, o que constitui um problema relevante de gestão e organização da Rede/SUS, especialmente em centros urbanos.

Este é o caso do Município do Rio de Janeiro (MRJ), metrópole que experimentou grandes transformações em seu modelo de gestão e atenção entre os anos de 2009 e 2016, dentre as quais se destacam o aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 3% para 70% e a adoção de uma Carteira de Serviços para a APS abrangente em um movimento de reforma dos cuidados primários na cidade^{6,7}. Em 2013, o município publicou normativa própria com orientações para descentralização do cuidado às PVHA para a APS⁸.

A descentralização da atenção às PVHA é uma política relativamente recente, que exige reorganização de serviços e adoção de modelos

inovadores de cuidado fundamentados em uma APS integral. Essas exigências tornam sua implementação complexa para boa parte dos municípios brasileiros; por essa razão, é relevante explorar as experiências municipais de atenção às PHVA no SUS. Com tais inquietações, este estudo objetivou avaliar aspectos contextuais e gerenciais relacionados à descentralização das ações de saúde às PVHA na cidade do Rio, sob a perspectiva de gestores envolvidos, bem como o grau de implantação da descentralização da atenção especializada para a APS. O cenário se mostrou propício para o estudo avaliativo pelo acúmulo de experiência local e por aspectos históricos, que possibilitaram analisar barreiras e facilitadores capazes de gerar conhecimentos e inovações. Deve-se ressaltar ainda a escassez de estudos avaliativos de contexto no campo do HIV/Aids no Brasil, especialmente os referentes à descentralização do cuidado em um cenário que, por um longo período, foi caracterizado pelo protagonismo da esfera federal⁹.

Abordagens metodológicas

Trata-se de pesquisa avaliativa, com estudo de caso¹⁰ considerando o MRJ, com abordagem analítica mista¹¹ e fonte de dados secundários e primários coletados nos anos de 2016 e 2017. O desenho do estudo avaliativo foi do tipo 1b, segundo a classificação de Champagne e colaboradores¹², a qual se debruça sobre a influência do contexto sobre o grau de implantação de determinada política. Teve, portanto, o propósito de descrever as mudanças ocorridas no contexto municipal e analisar o grau de implantação da intervenção – no caso, o processo de descentralização da atenção às PVHA para a APS, considerando o período entre 2013 e 2016.

Para delinear o escopo da avaliação, foi construído um modelo lógico da intervenção (*figura 1*), cuja construção teórica considerou como referenciais as normativas nacionais¹ e as da Secretaria Municipal

de Saúde (SMS-RJ)¹³. Para validação, o modelo foi apreciado por responsáveis de setores da SMS-RJ diretamente relacionados com a atenção às PVHA em 2016 (Coordenação de Linhas de Cuidados de Doenças Transmissíveis e Gerência da Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids). O modelo lógico foi organizado em cinco dimensões avaliativas, a saber: prevenção, diagnóstico, atenção, assistência farmacêutica e coordenação do cuidado às PVHA. Tais dimensões foram examinadas considerando-se como fonte de dados: i) relatos de informantes-chave, coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (abordagem qualitativa); e ii) informações secundárias obtidas de registros das informações em saúde provenientes de Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan; Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab; e Sistema de Regulação – SisReg) e relatórios gerenciais da SMS-RJ (abordagem quantitativa). Na análise, foram construídos indicadores e parâmetros que permitiram a análise do grau de implantação da descentralização, escolhidos por sua representatividade para a intervenção, confiabilidade e comparabilidade a um padrão.

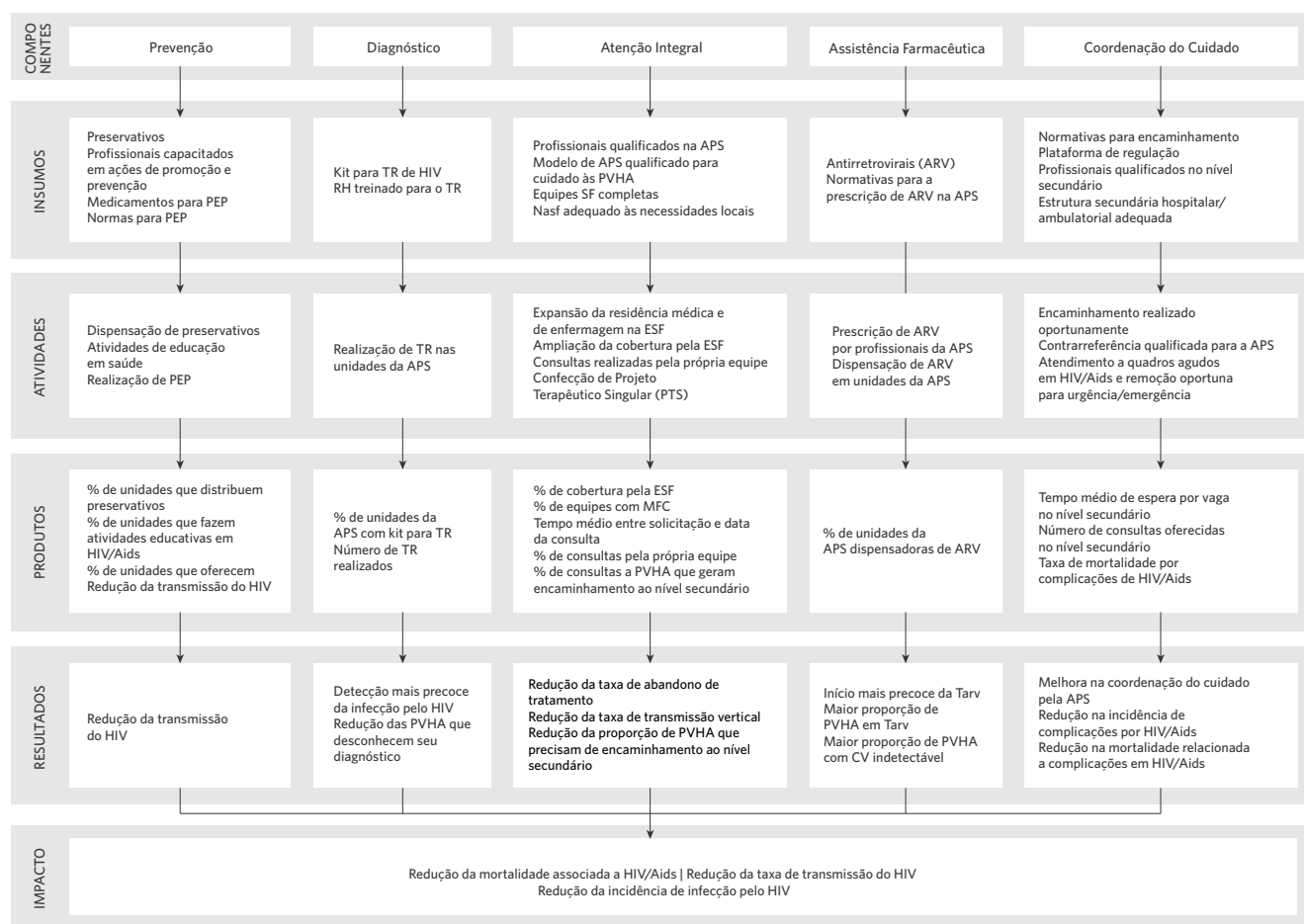
Para as entrevistas, foram convidados gestores municipais (n = 6, denominados E1 a E6) que participaram, no período, do processo de descentralização no cuidado às PVHA na cidade. Os relatos foram gravados, transcritos e agrupados em categorias temáticas por meio de análise de conteúdo e foram correlacionados às informações obtidas nos Sistemas de Informação em Saúde e às normativas municipais, de modo a compreender o contexto e o processo de descentralização, bem como a análise final do grau de implantação da intervenção.

Construiu-se, ao fim, uma matriz de julgamento, sistematizando o grau de implantação das cinco dimensões e respectivas subdimensões, considerando os critérios de ‘implantado,

parcialmente implantado e não implantado', segundo parâmetros estabelecidos, integrando indicadores oriundos dos Sistemas de Informação em Saúde, informações obtidas nas entrevistas e normativas municipais, escolhidos por sua representatividade para o processo, a confiabilidade e a comparabilidade a um padrão.

A pesquisa seguiu as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelos Conselhos de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e SMS-RJ, sob os CAAE 60001916.9.0000.5257 e 60001916.9.3001.5279 respectivamente.

Figura 1. Modelo lógico da intervenção



Fonte: elaboração própria a partir de entrevistas com gestores e normativas municipais^{12,13,19,22}.

Resultados e discussão

Os resultados foram organizados em duas seções principais. Na primeira, apresentam-se aspectos contextuais que influenciaram o processo de descentralização; e, na segunda, uma análise do grau de implantação do processo ao fim do período estudado.

O contexto da descentralização

O início da descentralização: oportunidades e resistências no processo

Embora as primeiras normativas nacionais para a descentralização tenham se iniciado a partir dos anos 2000^{1,4}, os entrevistados destacaram que, no contexto do Rio de Janeiro, houve um processo pregresso de organização do cuidado às PVHA marcado temporalmente em dois momentos. Um primeiro período, entre 1980 e 1990, caracterizado pelo surgimento e ascensão da Aids como doença de elevada morbimortalidade, e no qual a APS já tinha um papel significativo na prestação de serviços na cidade do Rio. Nesse período, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento, e profissionais médicos (principalmente infectologistas) foram incorporados para o atendimento às PVHA na rede ambulatorial municipal. Note-se que sua operação ainda acontecia no arcabouço da atenção básica tradicional, ou seja, em modelo centrado em médicos generalistas ou especialistas que atuavam nas Policlínicas ou nos Centros Municipais de Saúde em vez da opção pela saúde da família.

Esse modelo programático e fragmentado foi criticado pelos entrevistados e considerado insuficiente para o manejo do novo perfil demográfico e epidemiológico do agravo. Ao longo do tempo, os gestores vislumbraram como melhor opção para o cuidado

descentralizado às PVHA o modelo centrado na ESF, por vários argumentos: por ser esta uma porta de entrada capilarizada no SUS; pela possibilidade de vínculo com a família e o território; pela oferta de atenção integral ao longo da vida e cuidado de outras morbidades associadas, além da possibilidade de coordenar o cuidado do usuário na RAS, mantendo-se a vinculação indivíduo-equipe, fundamental para o processo terapêutico.

A partir de 2013, em um segundo período temporal marcante, a descentralização da linha de cuidado às PVHA foi estruturada e potencializada no bojo da expansão da saúde da família na cidade. Foram construídas novas unidades – as Clínicas da Família; ampliou-se a oferta pela utilização de uma carteira de serviços abrangente; as ações de regulação assistencial foram descentralizadas para o médico na APS (com protocolos específicos para a regulação – SisReg); houve investimentos na qualificação de profissionais, enfim, aspectos que, de forma sinérgica, fortaleceram o papel da APS e sua integração com a RAS.

No período 2013-2016, os entrevistados destacaram diversas ações visando à implementação da linha de cuidado descentralizado para as PVHA. Além das ações de promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids, em 2013 foi expandida a oferta de Testes Rápidos (TR) para diagnóstico específico, antes restrita a centros de testagem, para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A gestão municipal estabeleceu a atribuição do acompanhamento às PVHA para todas as equipes da ESF: inicialmente, as práticas dessas equipes eram voltadas para o diagnóstico e o encaminhamento, mantendo-se a responsabilização do cuidado na APS; a partir de 2016, o tratamento dos usuários tornou-se atribuição da APS desde que cumpridos certos requisitos clínicos¹⁴. Dessa forma, a pessoa com HIV poderia receber o diagnóstico e o tratamento em sua própria unidade de referência, conforme a organização regionalizada típica das unidades da APS (no caso do MRJ, Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde). Caso esse usuário apresentasse condições que

impedissem seu acompanhamento exclusivo na APS, seu encaminhamento seria feito por meio de protocolos de regulação assistencial ou, em caso de instabilidade clínica, ele seria removido para uma unidade de urgência/emergência pelo sistema municipal de ambulâncias 'Vaga Zero'.

Ao analisar a conjuntura político-gerencial disparadora desse segundo período de descentralização, os entrevistados enfatizaram a importância da reorganização geral da APS carioca iniciada em 2009, que incluiu mudanças no organograma municipal, visando ao fortalecimento de estruturas de gestão da APS, além da maior autonomia gerencial para esferas regional e local na execução de ações de saúde⁶.

Essas iniciativas não estavam dissociadas de políticas do cenário nacional de valorização da ESF para a qualificação da APS na época¹⁵. Isso se traduziu na emissão de orientações técnicas e aumento do financiamento para ações de expansão da ESF no nível municipal, incluindo-se medidas específicas para as cidades com mais de 100 mil habitantes com baixa cobertura da ESF¹⁶. A decisão, portanto, de estabelecer um novo modelo de atenção às PVHA teve por base uma nova proposta de gestão sanitária na cidade: em linhas gerais, deslocou-se a centralidade do modelo de cuidado biomédico fragmentado, baseado em especialidades médicas focais, para a proposta de atenção integral em equipe multiprofissional, com médicos generalistas, especialmente, Médicos de Família e Comunidade (MFC).

Não surpreendentemente, identificaram-se resistências importantes, haja vista haver considerações de natureza clínica (dúvidas quanto à competência clínica dos generalistas), que se somavam aos questionamentos éticos, tanto de usuários como de profissionais, sobretudo quanto ao sigilo médico (dada a proximidade dos profissionais, em especial dos agentes comunitários, nos territórios/domicílios). Outro ponto de resistência relatado originou-se de profissionais e gestores da administração de níveis regionais da cidade. Para alguns, contrariamente ao movimento

de descentralização administrativa, a decisão de se incluir o cuidado às PVHA na APS foi tomada de forma vertical e não dialogada. Isso pouco afetou aspectos como testagem ou distribuição de ARV, mas impactou negativamente na aceitação inicial de gestores locais e de profissionais da assistência, que se consideravam mal preparados, técnica e/ou gerencialmente, para a descentralização.

Como reflexão acerca da sustentabilidade da descentralização aqui estudada, cabe destacar que, após o ano de 2016, fruto de mudanças neoliberais na gestão nacional, novas políticas de saúde trouxeram retrocessos à organização da APS em nível nacional, que se traduziram na revisão da Política Nacional de Atenção Básica¹⁷, no financiamento da APS, na fragilização da ESF¹⁸, dentre outros. O quanto essas mudanças impactaram na trajetória de descentralização da atenção às PVHA no País e no contexto do MRJ são questões para debates e estudos futuros.

Avanços na descentralização

Ao analisar os aspectos mais marcantes do processo de descentralização, os entrevistados se detiveram mais frequentemente em três categorias. Foram estas: ampliação do acesso, atenção integral e a rediscussão no papel da assistência às PVHA.

A ampliação do acesso foi um dos temas centrais das entrevistas, aparecendo com destaque na discussão sobre fortalecimento da APS como porta de entrada principal do usuário ao sistema e na garantia da dispensação de medicamentos ARV.

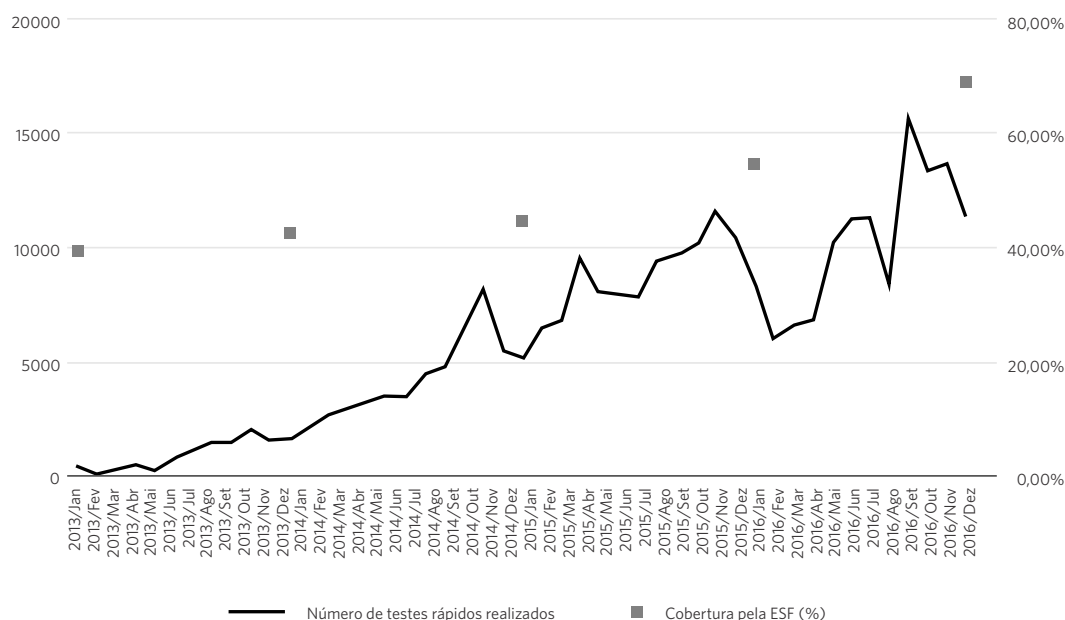
E2 - [...] a gente sempre quis facilitar o acesso, as pessoas começam a procurar a unidade de saúde para serem testadas, seja por sangue, periférico ou pelo teste rápido [...].

A ampliação da oferta e realização de TR em todas as unidades básicas foi identificada como estratégia disparadora do cuidado descentralizado. Houve relação direta entre a quantidade

de TR realizados na APS e a ampliação na cobertura pela ESF no município (gráfico 1). A testagem, realizada em consultas de demanda livre ou agendadas, permitiu diagnosticar a infecção por HIV, realizar aconselhamento e

conduzir o atendimento clínico em um único momento, evitando-se as perdas de seguimento que ocorriam nos dias entre a solicitação do exame, a coleta da amostra e o retorno para resultado.

Gráfico 1. Realização de testes rápidos para HIV e expansão da cobertura da ESF 2013-16



Fonte: elaboração própria.

Adicionalmente, ao se disponibilizar o TR em todas as unidades, ampliou-se a capacidade das equipes de saúde em testar, muitas vezes no domicílio/comunidade, pessoas com maior vulnerabilidade social e/ou histórico de discriminação e barreiras nos serviços de saúde.

E1 - *Estou falando principalmente de jovens, jovens gays, masculinos, pobres, de periferia, de favelas, de comunidades empobrecidas, e certamente não é esse sistema onde você vê o especialista duas vezes por ano que vai dar acesso a essas pessoas.*

A atenção diferenciada às ‘populações-chave’ é diretriz da Organização Mundial da Saúde: indivíduos particularmente vulneráveis, tanto

do ponto de vista clínico quanto social; grupos com maiores dificuldades de acesso à testagem, ao acompanhamento e ao tratamento, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, transgêneros e profissionais do sexo¹⁹.

Cabe salientar que a modalidade de TR citada nas entrevistas é aquela realizada pelas equipes da ESF. Em 2022, o Ministério da Saúde²⁰ adotou diretrizes que preconizam a oferta de kits de autoteste como estratégia complementar, o que poderia ampliar ainda mais o acesso e incentivar a autonomia dos usuários. Essa iniciativa, ainda pouco disseminada entre os profissionais de saúde²¹, poderia ser implementada na APS carioca.

O aumento no número de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) ARV foi apontado como um fator importante da descentralização. Com 58 unidades (de um total de 230) dispensando ARV no município em 2017, foi possível ampliar o acesso ao tratamento para HIV, com retirada das medicações em unidades próximas aos domicílios ou regionais. Tal ampliação na oferta para as UBS foi tema controverso entre os entrevistados: por um lado, apontou-se a vantagem da acessibilidade para os usuários, por outro, a dificuldade em garantir infraestrutura de armazenamento para os ARV e outras atividades da assistência farmacêutica, assim como a capacitação profissional para operar o banco de dados nacional de dispensação – o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

O termo integralidade surgiu com frequência nas entrevistas. Reconhecendo-se os múltiplos significados desse ‘agregado semântico’²², optou-se por adotar a referência conceitual delimitada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, que utiliza o termo (por vezes com a denominação ‘cuidado/atenção integral’) sob a óptica do cardápio de ações desenvolvidas pela APS, sendo parte do eixo promoção-prevenção-terapêutica-reabilitação, sempre centrado nas necessidades dos usuários¹⁵. Desse modo, os temas selecionados exibem aspectos que se relacionavam com o modelo de cuidado descrito pela PNAB: a ampliação das práticas da APS e a formação dos profissionais para qualificá-las.

Em relação ao primeiro aspecto, o estabelecimento de normas para a linha de cuidado foi percebido como primordial para a organização do cuidado descentralizado às PVHA. No município, os principais passos para alcançar esse objetivo foram a inclusão dessa linha à Carteira de Serviços da APS e a publicação do ‘Guia de Referência Rápida – Infecção por HIV e Aids’¹³.

E1 - *Eu acho que a gente tem que integrar o cuidado do [portador de] HIV, definir, e a gente já fez isso no nosso guia [de Referência Rápida], [...] A gente já definiu o papel da Atenção Primária, eu acho*

que a gente precisa trabalhar em cima do nosso guia, fazer isso entrar na Carteira de Serviços [...].

E1 - *Acho que a gente tem que botar [a assistência às PVHA] na nossa Carteira de Serviços e começar a monitorar isso de forma mais estruturada. A gente monitora os outros itens da carteira para fazer uma indução [...]. Porque a rede é muito grande, então não adianta a gente botar energia sempre para todo mundo igual. Você tem que botar energia para ajudar mais quem está tendo mais dificuldade. Então, eu acho que a gente precisa criar um monitoramento dessa descentralização e começar a ajudar as unidades que estão tendo alguma dificuldade.*

A inclusão na Carteira padronizou os serviços ofertados em todas as UBS, inicialmente restritos às medidas preventivas e à testagem, e incorporou orientações sobre a abordagem aos usuários HIV+. O Guia¹³ estabeleceu as diretrizes para o acompanhamento da linha de cuidado – incluindo critérios para referência ao nível secundário. A deficiência do monitoramento do processo, pela ausência de metas claras, foi destacada como limitante no processo de descentralização.

E4 - *Eu vou descentralizar, então o que eu quero? É o que a SMS não fez. ‘Descentraliza aí’. Se eu perguntar quantos pacientes estão sendo atendidos pelo médico, ninguém sabe. [...] Eles não têm dados, não tem parâmetros, nem têm uma meta. O que eu quero quando descentralizo? Eu quero quantos por cento?*

A qualificação das práticas profissionais para efetivação do cuidado integral foi realçada pelos gestores, como a ampliação da residência médica em MFC na cidade entre 2011 (14 vagas anuais) e 2017 (cerca de 200 vagas)²⁴. No entanto, ainda faltariam médicos com formação (residência ou titulação) em MFC na rede.

E2 - *[...] hoje [2016], apenas entre 37 e 40% das unidades de saúde da atenção primária do*

município tem pelo menos um MFC. Então, eu tenho uma grande quantidade de unidades que, sequer, tem um médico de família. Isso dificulta muito.

Além disso, foram feitas críticas à pouca carga horária reservada ao cuidado às PVHA nos programas de residência, além da distância entre o planejamento programático dos cursos e a gestão, dificultando *feedbacks* do serviço para o aprimoramento curricular. Também foram limitantes a ausência de outras ferramentas de apoio assistencial no período, especialmente a inexistência de serviço de teleconsultoria ou de infectologistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ao contrário das iniciativas contemporâneas de cidades como Curitiba ou Porto Alegre³.

Ao se abordar a rediscussão dos papéis assistenciais às PVHA, dois aspectos se destacaram: as dificuldades no itinerário entre a rede primária e secundária e a percepção de indefinição dos papéis do médico da APS e do infectologista.

Sobre as dificuldades no itinerário, por um lado, reconheceu-se que havia disponibilidade satisfatória de consultas de infectologistas nos ambulatorios de especialidades da cidade; por outro, sua distribuição geográfica era desigual, concentrada nas áreas ao centro, sul e norte, próximas aos hospitais universitários. Esse problema era ainda mais acentuado no caso de atendimentos mais específicos em infectologia, como consultas em HIV/Aids para gestantes ou crianças, localizadas exclusivamente nas regiões mais favorecidas da cidade ou próximas aos centros terciários e, portanto, distantes da maior parte da população.

No que se refere às novas atribuições dos envolvidos na atenção às PVHA, embora houvesse definições nas normativas municipais, foram identificadas dificuldades na aceitação por parte de profissionais da ESF e especialistas dessas novas funções. Boa parte dos profissionais da APS, já sobrecarregados com outras atividades, tinham objeções sobre como conduzir o cuidado às PVHA, principalmente quanto às ações mais complexas, como

prescrição de ARV e acompanhamento dos parâmetros de tratamento.

E4 - [Os MFC] *viam assim, com certa desconfiança: - Mais uma coisa que querem que eu faça. Já faço de A a Z e ainda querem mais isso, paciente complicado, paciente não sei o quê.*

A respeito dos infectologistas, destacaram-se os relatos dos questionamentos éticos sobre como seria possível garantir o sigilo médico, preocupação esta que, segundo entrevistados, sobrepujava considerações de competência clínica dos profissionais da APS.

E1 - [...] *eles [infectologistas] acham que a APS é um lugar inseguro para o paciente com HIV. Não é inseguro do ponto de vista biomédico, é inseguro do ponto de vista ético. Eles acham que não há a menor condição de se manter o sigilo sobre o diagnóstico.*

Por fim, foram relatadas resistências dos próprios usuários à redefinição dos papéis assistenciais. Muitos deles já estariam vinculados a seus infectologistas, compartilhavam de suas dúvidas sobre sigilo, além de estarem inseguros sobre a capacidade clínica dos profissionais da APS.

E5 - *Teve uma [usuária] que fez 'notinha' [Carta do Leitor em jornal], [...], que a gente estava entregando pérolas aos porcos. Os pacientes de HIV como pérolas e os porcos como as equipes de Saúde da Família. [...]. E a gente sabia que ela estava falando exatamente da gente [APS] porque ela é usuária do programa.*

A preocupação com a manutenção do sigilo é destacada em outros trabalhos sobre a descentralização do cuidado ao HIV/Aids para a APS^{24,25}, que também apontam a permanência de fortes vínculos com a atenção especializada²⁶. Na relação com os usuários, os entrevistados citaram entraves na interação com associações de PVHA referentes ao sigilo clínico e possíveis prejuízos ao seguimento clínico e estabelecimento de vínculo. Entretanto, os participantes não mencionaram

iniciativas da gestão municipal e/ou local que tivessem sido tomadas, à época, para discutir com usuários as mudanças no modelo de atenção.

Análise do grau de implantação

Para realizar a avaliação da implantação da descentralização da atenção às PVHA, as informações quantitativas e qualitativas foram sistematizadas e apresentadas em uma matriz de julgamento, sendo o resultado categorizado em três gradientes segundo o grau de implantação no ano de 2016, a saber: implantado, parcialmente implantado ou não implantado. A matriz considerou as dimensões do modelo lógico: prevenção, diagnóstico, integralidade, assistência farmacêutica e coordenação do cuidado, apresentadas no *quadro 1*.

PREVENÇÃO

A dimensão Prevenção foi analisada segundo dois critérios: distribuição de métodos de barreira e oferta de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, ambos normatizados e regulados pela Carteira de Serviços para a APS municipal¹⁴. O primeiro previa a distribuição de preservativos em 100% das unidades e foi considerado implantado, tendo em vista o relato de gestores e relatórios da SMS-RJ. A realização de PEP, também prevista para 100% das UBS¹⁴, foi considerada implantada em função de confirmação pela Gerência de DST/Aids de que todas as unidades contavam com o *kit* medicamentoso para PEP e pela existência de normativas¹³ para sua realização, acessível na plataforma da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (Subpav).

DIAGNÓSTICO

Esta dimensão foi analisada segundo a normativa da SMS-RJ¹⁴ de que fossem ofertados TR para HIV em todas as unidades de APS. Se, por um lado, os dados da Gerência de DST/Aids mostravam uma cobertura de 100% na

oferta dos testes, nas entrevistas com gestores transpareceram ressalvas à capacitação profissional para a testagem, bem como relatos de dificuldade de acesso do usuário ao teste (horários específicos, ou usuários sendo 'agendados' para realização do TR). Dessa forma, considerou-se que essa dimensão estava parcialmente implantada.

ATENÇÃO INTEGRAL

A expansão da ESF foi selecionada por expressar o modelo preferencial de construção da APS pela PNAB¹⁵, ratificado no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro²⁷, e foi avaliada segundo os critérios da cobertura populacional (meta estabelecida pelo Plano = 70% da população) e do percentual de equipes completas. Dados obtidos na Subsecretaria em 2016 evidenciaram que a cobertura foi de 69,1%, com 99,56% de equipes de ESF completas, razões pela qual se considerou esse critério como implantado.

A qualificação dos médicos na APS municipal foi também analisada: como dito anteriormente, a cobertura populacional pela ESF ao fim de 2016 era próxima de 70%. Nessas áreas cobertas, pesquisa de 2015 estimou que 48,6% dos médicos nas equipes tinham residência, sem discriminar o tipo de residência realizada²⁸. Esse número se aproximava do valor citado em uma das entrevistas. Utilizando-se como referencial a determinação, pela PNAB, de que o médico de equipe deve preferencialmente ter formação na área¹⁵, considerou-se esse critério parcialmente implantado. Deve ser lembrado que, segundo dados das coordenações dos três maiores programas de residência em MFC na cidade do Rio de Janeiro, a rede municipal contava com 155 preceptores ao início de 2017, tornando o MRJ o maior centro formador dessa especialidade no País.

Foi analisada também a presença de normativas para a linha de cuidado HIV/Aids. Foram considerados normas técnicas o Guia de Referência Rápida – Infecção por HIV/Aids

e a Linha de Cuidado – HIV/Aids da SMS-RJ, ambos disponíveis on-line na Plataforma da Subsecretaria. Dessa forma, esse critério foi considerado implantado.

Ao se analisar o monitoramento da descentralização, optou-se por fazê-lo como aspecto da atenção integral, dada a correlação feita, na PNAB, entre esse atributo e o cardápio de serviços oferecidos¹⁵. Essa mesma correlação ocorre na cidade do Rio de Janeiro, segundo os gestores entrevistados e dados da literatura⁷, ao salientarem a importância da Carteira de Serviços do município, permitindo o monitoramento e a avaliação dos itens nela incluídos. O primeiro critério estudado foi a existência de bancos de dados para que se pudesse realizar o monitoramento. As plataformas Sinan, Siclom e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), disponíveis nacionalmente, permitiam a checagem, respectivamente, do número de casos de HIV/Aids e agravos associados de usuários em uso de ARV, carga viral e CD4 desses indivíduos. No entanto, esses bancos de dados foram criticados por apresentar problemas de confiabilidade, havendo subnotificação e registros duplicados de pacientes. Assim, o critério foi avaliado como parcialmente implantado. Foi avaliada também a existência de parâmetros para o acompanhamento no processo. Estes não foram encontrados claramente nas normativas, e nas entrevistas igualmente se observou essa ausência. Dessa forma, esse critério foi considerado não implantado.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para a assistência farmacêutica, foi utilizada a cobertura por UDM, tendo como referência o Guia de Referência Rápida¹³, que assegura ao usuário o direito de retirar sua medicação na APS carioca. Ainda que uma parcela pequena das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde da cidade do Rio dispusesse ARV, os usuários podiam retirá-los em outras unidades. Além disso, segundo informação da gestão, existia ao menos uma UDM por Área Programática do município,

reduzindo as dificuldades de acesso aos medicamentos. Assim, esse critério foi avaliado como implantado.

As normativas para a prescrição de ARV estavam consubstanciadas tanto no Guia quanto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo da infecção pelo HIV em adultos, do Ministério da Saúde, e estavam disponíveis na plataforma virtual, sendo esse critério considerado implantado.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A integração com a Atenção Secundária foi avaliada conforme quatro critérios. O primeiro foi o da existência de normativas para os fluxos de referência da APS para esse nível de atenção e se essas normativas eram de fácil acesso para os profissionais. Tanto o Guia, que orientava a linha de cuidado, quanto o Protocolo Clínico da SMS-RJ que estabelecia as regras gerais da regulação de vagas para outros níveis de atenção via SisReg²⁹, estavam disponíveis na plataforma virtual do município. Nas entrevistas, entretanto, foi observado que, apesar de os papéis de cada profissional estarem definidos pelas normativas, no cotidiano ainda havia conflitos entre o papel da APS e da rede secundária. Portanto, esse critério foi avaliado como parcialmente implantado.

O segundo critério foi a existência de um sistema para a regulação de vagas. Os encaminhamentos referentes a portadores de HIV/Aids eram solicitados via SisReg e regulados por profissionais médicos das próprias unidades da APS. Dessa forma, esse critério foi considerado implantado.

O terceiro avaliou o acesso a infectologistas na rede secundária de acordo com a disponibilidade de vagas. Em consulta ao SisReg em 4 de agosto de 2017, foram encontradas vagas para infectologia – HIV/Aids (adulto, criança, gestante ou coinfectados com hepatites virais) disponíveis para intervalo inferior a 30 dias a partir da solicitação – ou seja, contemplando o requisito do protocolo para o regulador da

SMS-RJ para casos graves ('vermelhos')²⁹. Assim, foi avaliado como implantado.

Por fim, avaliou-se a oferta de consultas ao infectologista e sua distribuição geográfica na cidade (acessibilidade). Embora houvesse vagas de infectologia-adulto em todas as regionais do município, a oferta de consultas em infectologia para crianças, gestantes e pacientes coinfectados com hepatites virais era geograficamente mais concentrada, levando a barreiras de acessibilidade potencialmente prejudiciais à adesão. Dessa forma, esse critério foi considerado parcialmente implantado.

A subdimensão de atendimento a urgências e emergências foi analisada segundo três critérios. O primeiro foi a existência de normativas orientadoras, que foram consideradas existentes, uma vez que orientações técnicas para o manejo de situações agudas constavam em normativa municipal¹⁴, disponível on-line, tornando esse critério implantado.

O critério seguinte abordou a transferência de usuários das unidades da APS para serviços de urgência e emergência. A APS, agindo como porta de entrada do sistema, prestava atendimentos a pacientes descompensados clinicamente que exigiam, ocasionalmente, remoção para outros serviços. Avaliou-se que esse serviço existia no sistema 'Vaga Zero'²⁹, logo, considerou-se esse critério implantado.

Por fim, avaliou-se a comunicação entre serviços de urgência/emergência e APS. Os gestores mencionaram a plataforma de Alta Referenciada, disponibilizada pelo nível central da SMS-RJ, em que o serviço hospitalar que dava alta ao paciente podia informar detalhes da internação para consulta pela unidade básica. No entanto, foram feitas críticas à Alta Referenciada – unidades que não preenchiam as informações ou o faziam incorretamente (*quadro 1*). Em função disso, esse critério foi considerado parcialmente implantado.

Quadro 1. Análise do grau de implantação

Dimensões	Subdimensões	Critérios	Resultado preconizado	Resultado observado	Conclusão
Prevenção	Métodos de barreira	Cobertura por unidades da APS que distribuem preservativos	Carteira de Serviços da APS da SMS-RJ exige a distribuição de preservativos em todas as Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde ¹³	Relatórios da Gerência de DST/Aids é de que 100% das unidades distribuem preservativos	Implantado
	PEP	Cobertura por unidades da APS que fornecem PEP	Carteira de Serviços da APS da SMS-RJ exige a oferta e dispensação de PEP em todas as Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde ¹³	Cobertura de 100 % por unidades da APS. Não houve relato de dificuldade de acesso nas entrevistas	Implantado
		Normas técnicas para PEP	Existência de protocolo de realização de PEP em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas publicado pelo Ministério da Saúde disponível na plataforma Subpav	Implantado
Diagnóstico	Teste rápido para infecção pelo HIV	Cobertura de TR para HIV por unidades da APS	Carteira de Serviços da APS da SMS-RJ exige a realização do TR em todas as Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde ¹³	TR disponíveis em todas as unidades, mas com relatos, nas entrevistas, de barreira à realização e de ainda haver equívocos na realização do teste	Parcialmente implantado
Atenção Integral	Expansão da ESF na APS	Cobertura pela ESF no Rio de Janeiro	A meta de expansão da SMS-RJ para o fim de 2016 era de 70% de cobertura ¹⁹	Cobertura, no início de 2017, de 69,1%, com mais de 99% das equipes completas	Implantado
	Qualificação de profissionais médicos	Proporção de MFC por total de equipes	Recomendação pela PNAB 2012 ¹⁴ de que o médico da equipe seja MFC	Em entrevista com gestor, percentual estimado entre 37 e 40%. Em trabalho de Mendes ²⁰ , estimativa de 48,6%	Parcialmente implantado
	Referencial técnico	Normativas estabelecidas para a linha de cuidado	Existência de protocolo de da linha de cuidado em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Guia de Referência Rápida HIV/Aids e Linha de Cuidado HIV/Aids disponíveis na plataforma Subpav	Implantado

Quadro 1. (cont.)

Dimensões	Subdimensões	Crítérios	Resultado preconizado	Resultado observado	Conclusão
Atenção Integral	Monitoramento	Bancos de dados para monitoramento	Existência de bancos de dados com informações sobre número de pessoas vivendo com HIV, em uso de Terapia Antirretroviral (Tarv) e suas respectivas cargas virais e contagem de CD4	Siclom, Siscel, Sinan disponíveis, mas com falhas na confiabilidade do registro	Parcialmente implantado
		Parâmetros de acompanhamento de resultados	Existência de metas referentes ao plano de descentralização da linha de cuidado em espaço de fácil acesso para o profissional de saúde	Sem definição pela SMS-RJ de quais indicadores seriam utilizados para o acompanhamento da descentralização	Não implantado
Assistência farmacêutica	Dispensação de antirretrovirais	Cobertura por UDM ARV na APS	Determinação, pela SMS-RJ, de que a dispensação de ARV seja feita por unidades da APS ¹²	Uma minoria das unidades dispensava ARV. No entanto, todas as Áreas Programáticas do MRJ contavam com ao menos uma UDM, e a retirada de ARV era disponível para todos os moradores do município	Implantado
		Normativas para a dispensação de ARV na APS para tratamento continuado	Existência de protocolo de da linha de cuidado em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Guia de Referência Rápida IST/Aids e PCDT HIV/Aids-Adulto do Ministério da Saúde disponíveis na plataforma Subpav	Implantado
Coordenação do cuidado	Integração com rede secundária	Normativas orientando os fluxos de referência para a Atenção Secundária	Existência de protocolo referente ao encaminhamento à atenção secundária em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas disponíveis na plataforma Subpav. Entrevistas com relato de má compreensão e disputa dos papéis por MFC e infectologista	Parcialmente implantado
		Sistema de regulação de vagas	Determinação, pela SMS-RJ, de uso do SisReg como plataforma para encaminhamentos referentes à linha de cuidado ¹²	Vagas disponíveis pelo SisReg, com regulação das solicitações feita por médico capacitado	Implantado
		Acesso a infectologistas na rede secundária (disponibilidade)	Determinação, pela SMS-RJ, de que as consultas ambulatoriais de maior urgência ('vermelhas') sejam disponibilizadas para até 30 dias após a solicitação ²²	Vagas disponíveis no SisReg com intervalo inferior a 30 dias	Implantado
		Acesso a infectologistas na rede secundária (acessibilidade)	Determinação, pela SMS-RJ, de que as vagas oferecidas no SisReg sejam válidas para todos os moradores do MRJ ²²	Vagas disponíveis em todas as AP para Infectologia HIV/Aids (adulto, não gestante). Vagas para criança, gestante e coinfeção com hepatites virais, mas podiam ser acessadas por todos os municípios, mas disponíveis apenas em unidades de algumas AP	Parcialmente implantado
	Urgências e emergências	Normativas para situações de urgência/emergência	Existência de protocolo de da linha de cuidado em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Guia de Referência Rápida HIV/Aids disponível na plataforma Subpav	Implantado
		Sistema de remoção de unidades da APS para serviços de urgência/emergência	Determinação, pela SMS-RJ, de utilização do sistema de Vaga Zero para as remoções ²²	Sistema de Vaga Zero na plataforma Subpav	Implantado
		Plataforma de comunicação entre serviço de urgências/emergências e APS	Existência de plataforma de notificação de altas da atenção secundária para a atenção primária em espaço de fácil acesso pelo profissional de saúde	Sistema de Alta Referenciada disponível na plataforma Subpav, porém, segundo entrevistados, dados de alta nem sempre preenchido corretamente, além de guias de referência para a APS serem raramente preenchidas	Parcialmente implantado

Fonte: elaboração própria com base em dados das entrevistas da pesquisa e normativas nacionais¹⁴ e municipais^{12,13,19,22}.

Em síntese, na análise do processo de implantação os temas de maior destaque foram a ampliação do acesso, os desafios de proporcionar cuidado integral e as dificuldades na reorganização da rede para garantir atenção adequadamente coordenada. A análise desses aspectos, que se correlacionam com atributos essenciais da APS, evidenciou questões referentes aos desafios do modelo de atenção em geral, mas também particularidades que esse processo encontrou na linha de cuidado às PVHA. O sigilo na prática clínica, a capacidade de organização e o ativismo social desses usuários, a preocupação em alcançar as populações-chave, a complexidade dos sistemas de informação associados à gestão e dispensação dos ARV foram algumas das especificidades que mais interferiram no processo de descentralização da intervenção.

Ao se analisar o gradiente de implantação por dimensão, percebeu-se maior proporção de critérios implementados em prevenção, achado condizente com o fato de ações nesse campo estarem presentes há mais tempo no cardápio da APS. Nas demais dimensões, o *status* de implantação apresentou maior variabilidade. Critérios correlacionados à produção e à disponibilização de normativas tiveram melhores resultados, demonstrando a iniciativa da administração municipal para organizar e orientar o processo. A ausência de parâmetros para monitoramento da descentralização, único critério considerado não implantado, foi destaque negativo. Aliado à baixa confiabilidade dos registros de notificação (Sinan) e adesão (Siscel), esse aspecto compromete significativamente o monitoramento do alcance das metas da estratégia 90-90-90 da Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) ³⁰.

Processos de descentralização do cuidado às PVHA têm sido objeto de recomendações internacionais ³¹ e pesquisas no contexto nacional no século XXI. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro com trabalhadores da APS e ativistas da Aids ²⁵ destacou as barreiras de acesso impostas pela violência no território

e os prejuízos na assistência sofridos pelas mulheres, decorrentes das desigualdades de gênero. Pesquisa realizada com PVHA em cidades do Nordeste ²⁶ apontou vários entraves a uma descentralização exitosa: insuficiência de informações sobre a infecção como motivo de atraso na busca por diagnóstico; estigma associado a gênero, raça e orientação sexual como influentes no uso dos serviços; e limitações na organização e na infraestrutura da APS, além de dificuldades de deslocamento e fragmentação entre níveis assistenciais. Estudo realizado com gestor, trabalhadores e membro do conselho de saúde em Porto Alegre ³¹ evidenciou aspectos da APS que dificultam a descentralização, como equipes incompletas e rotatividade de profissionais, desconfiança em relação ao TR e percepção de sobrecarga de trabalho, mas também mostrou particularidades favoráveis, como sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos, capacitação e apoio matricial. Esses resultados indicam que o processo de descentralização do cuidado às PVHA requer problematização, e muitos elementos podem alterar suas feições, como as diferenças regionais e locais, a heterogeneidade das redes de saúde e a diversidade de perspectivas entre gestores, profissionais e usuários.

Considerações finais

O estudo procurou avaliar a implantação do cuidado às PVHA pela APS do Rio de Janeiro entre 2013 e 2016, por meio da análise de como o contexto político-gerencial influenciou sobre o processo e do quanto as ações propostas estavam efetivamente implantadas ao fim do período. Pode-se considerar que essas metas foram atingidas: foi possível elencar fatores contextuais relevantes (indução financeira nacional, investimento na expansão e qualificação da ESF), identificar resistências (sobrecarga dos profissionais da ESF, preocupações de infectologistas e de portadores de HIV/Aids com sigilo e qualificação clínica) e estabelecer um grau de implantação (maior em atividades

de prevenção, diagnóstico e assistência farmacêutica, menor no que se refere ao cuidado integral e coordenação do cuidado).

Os resultados acima auxiliam na compreensão de como a transição de cuidado a usuários HIV+ se iniciou na cidade do Rio. Por se tratar de um município de grande porte, com rede assistencial já previamente estabelecida, é relevante entender melhor quais fatores permitiram que modelos de cuidado já bastante enraizados pudessem ser repensados e substituídos. Isso é particularmente importante quando se considera a quebra de continuidade gerencial após 2016, a qual resultou em desinvestimento na ESF tanto no nível nacional quanto municipal. Significativamente, porém, foi mantida a progressão do modelo de cuidado a PVHA, ainda que com limitações financeiras, indicando robustez no processo.

Outra contribuição oriunda da pesquisa é a identificação da dificuldade, por parte da SMS-RJ, no monitoramento da descentralização. Não foram encontradas metas concretas a partir das entrevistas ou de análise das normativas, e os bancos de dados (Siscel, Sinan e Siclom) têm problemas de confiabilidade. Melhorar a qualidade das informações norteadoras e estabelecer metas e prazos de avanço no processo seriam iniciativas importantes a serem tomadas pela gestão municipal.

Cabe uma reflexão acerca das limitações deste estudo. Por tratar-se de avaliação fortemente dependente do contexto, com resultados decorrentes de um processo de implantação condicionado por características conjunturais específicas e singulares do município estudado, a capacidade de generalização destes é

limitada às realidades semelhantes de grandes centros urbanos. Além disso, a pesquisa foi desenvolvida em intervalo temporal próximo ao início da descentralização. Talvez fosse necessário mais tempo para observação da implantação de certas ações, o que pode indicar a necessidade de estudos adicionais. Uma vez que, no presente estudo, foram entrevistados apenas gestores, opção condizente com os objetivos do trabalho, é desejável a realização de novas pesquisas, além das citadas neste artigo, em que se abordem as percepções de trabalhadores da saúde e usuários.

Por fim, e considerando a forte influência do contexto político-gerencial sobre o processo descrito, deve ser feita uma consideração sobre as mudanças ocorridas a partir de 2017. As novas políticas nacionais resultaram em fragilização da ESF e da APS como um todo, com prejuízo à formação de redes que permitiram a descentralização do cuidado em HIV/Aids na cidade. Não se pode deixar de mencionar também os impactos da Covid-19 sobre a população e a organização dos serviços de saúde a partir de 2020. Ainda está em aberto, e certamente trata-se de um campo fértil para mais estudos, analisar como essas mudanças afetam o novo modelo assistencial às PVHA no Rio de Janeiro.

Colaboradores

Alves BL (0000-0003-1661-6523)*, Lago RF (0000-0002-5130-7411)* e Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos. Brasília, DF: MS; 2015.
2. Grangeiro A, Escuder MML, Silva SR, et al. Características da resposta à aids de Secretarias de Saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):954-75.
3. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CE. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2001; 34(2):207-17.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2014.
5. Loch AP, Nemes MIB, Santos MA, et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(2):e00047217.
6. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1327-38.
7. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):783-96.
8. Rio de Janeiro. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde, Gerência de DST/Aids. Diretrizes para introdução do atendimento ao HIV/AIDS na rede primária de saúde do município do Rio de Janeiro [versão preliminar]. Rio de Janeiro: SMS; 2013.
9. Cruz MM, Santos EM, Monteiro S. Evaluation of STD/AIDS prevention programs: a review of approaches and methodologies. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5):995-1003.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
11. Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
12. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
13. Rio de Janeiro. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde, Gerência de DST/Aids. Guia de Referência Rápida – Infecção por HIV e AIDS. Rio de Janeiro: SMS; 2016.
14. Rio de Janeiro. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços – Relação de Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMS; 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
16. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1389-98.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 22 Set 2017.

18. Giovanella L, Franco CM, Almeida, PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 24(4):1475-81.
19. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Genebra: WHO; 2016.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil. Brasília, DF: MS; 2022.
21. Jordão T, Magno L, Pereira M, et al. Willingness of health care providers to offer HIV self-testing from specialized HIV care services in the northeast of Brazil. *BMC Health Serv. Res.* 2022; (22):713.
22. Camargo Jr KR. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO; 2009. p. 11-5.
23. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1471-80.
24. Melo EA, Agostini R, Damião JJ, et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(12):e00344120.
25. Damião JJ, Agostini R, Maksud I, et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saúde debate.* 2022; 46(132):163-74.
26. Costa AS, Almeida PF. Vulnerabilidades e descentralização das ações de cuidado ao HIV/AIDS para a atenção primária à saúde. Nordeste, Brasil, 2019. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2021; (20):1-19.
27. Rio de Janeiro. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Rio de Janeiro: SMS; 2013.
28. Mendes CLA. Perfil do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ensp; 2015.
29. Rio de Janeiro. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde. SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro: SMS; 2015.
30. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 90-90-90 – An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Genebra: UNAIDS; 2013.
31. Pan American Health Organization; World Health Organization. Plan of action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016-2021. Washington, D.C.: PAHO; WHO; 2016.
32. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Colet.* 2016; 26(3):785-806.

Recebido em 23/04/2022

Aprovado em 14/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve