

Descentralização do cuidado à pessoa vivendo com HIV no Brasil

Decentralization of Care for People Living with HIV in Brazil

Bruno Raphael da Silva Feitosa¹, Camila Rodrigues Barbosa Nemer², Rubens Alex de Oliveira Menezes³, Marlucilena Pinheiro da Silva⁴.

RESUMO

A descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV no Brasil representa um avanço significativo na política de saúde pública, transferindo gradualmente o manejo do HIV para a Atenção Primária à Saúde (APS) desde os anos 2000. Esta estratégia visa melhorar os indicadores de controle da infecção, fortalecendo a rede de cuidado com gestão eficiente, qualificação profissional e maior oferta de ações de saúde. Contudo, a implementação enfrenta desafios, como o crescimento de casos em municípios de médio porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a oferta de serviços relacionados ao HIV é limitada. Em 2020, foram diagnosticados aproximadamente 29 mil novos casos de AIDS e registrados 10.417 óbitos, com maior impacto em grupos vulneráveis, como gays, bissexuais, homossexuais e mulheres transgênero. A descentralização esbarra em fragilidades, como a insegurança dos profissionais na comunicação diagnóstica e o preconceito social, que dificultam as ações de saúde. Além disso, a falta de ações de profilaxia e tratamento no pré-natal contribui para a manutenção de altos índices de transmissão vertical, colocando o Brasil atrás de outros países de renda média. Este artigo busca revisar a literatura científica sobre a descentralização do cuidado à pessoa vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

Palavras-chave: Descentralização. HIV. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The decentralization of care for people living with HIV in Brazil represents a significant advancement in public health policy, gradually transferring HIV management to Primary Health Care (PHC) since the 2000s. This strategy aims to improve infection control indicators by strengthening the care network with efficient management, professional training, and an increased range of health services. However, implementation faces challenges, such as the growth of cases in medium-sized municipalities, particularly in the North and Northeast regions, where HIV-related services are limited. In 2020, approximately 29,000 new AIDS cases were diagnosed, and 10,417 deaths were recorded, with a greater impact on vulnerable groups such as gay, bisexual, and transgender women. The decentralization effort encounters weaknesses, such as professionals' insecurity in communicating diagnoses and societal stigma, which hinder health actions. Additionally, the lack of prophylaxis and treatment actions during prenatal care contributes to maintaining high rates of vertical transmission, placing Brazil behind other middle-income countries. This article aims to review the scientific literature on the decentralization of care for people living with HIV/AIDS in Brazil.

Keywords: Decentralization. HIV. Primary Health Care

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5551-1049>
Email: brunofeitosa7@gmail.com

² Docente do curso de Enfermagem e da Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1252-3709>
Email: camila.barbosa@unifap.br

³ Docente do curso de Enfermagem e da Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0206-5372>
Email: rubens.alex@unifap.br

⁴ Docente do curso de Enfermagem e da Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8662-9621>
Email: marlucilena@unifap.br

1. INTRODUÇÃO

A descentralização do cuidado às pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil marca um avanço crucial na política de saúde pública do país. Durante a década de 1980, a atenção às pessoas que vivem com o HIV era realizada nos serviços de atenção especializada, em policlínicas e hospitais. Mais tarde, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e, nos anos 2000, o manejo do HIV começou a ser gradativamente implantado na Atenção Primária à Saúde (APS).¹

Apesar dos desafios referentes à descentralização do cuidado em HIV para a APS, a mesma pode ser considerada uma importante estratégia para a melhoria dos indicadores de controle dessa infecção, uma vez que contribui para a organização e estruturação da rede de cuidado, com gestão eficiente, qualificação profissional e ampliação da gama de ações de saúde ofertadas na APS, possibilitando um cuidado compartilhado entre serviços especializados e primários.¹

Contudo, o acometimento dessa infecção apresenta características diferenciadas pelo país, com crescimento em municípios de médio porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, que também apresentam oferta limitada de ações e serviços relacionados ao HIV.² Além disso, no ano de 2020, foram diagnosticados aproximadamente 29 mil casos de AIDS e registrado 10.417 óbitos, sendo o acometimento maior para grupos populacionais específicos como gays, bissexuais, homossexuais e mulheres transgênero.³

A descentralização do cuidado a pessoa vivendo com HIV esbarra em fragilidades que contribuem para esses dados epidemiológicos, sendo os principais: a insegurança dos profissionais na comunicação diagnóstica, principalmente diante de um resultado reagente e do desafio em abordar temáticas referentes à sexualidade, bem como outros temas transversais, como o uso de drogas e as relações de gênero e vulnerabilidade. O preconceito e estigma enraizado na sociedade também é indicado como potencial barreira às ações.⁴

Associa-se também secretarias que não previram ações de profilaxia da transmissão vertical e o diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A exclusão dessas ações implica na perda de oportunidades para evitar a ocorrência de novos casos de infecção pelo HIV e outros agravos à saúde. No caso da transmissão vertical, a cobertura do diagnóstico do HIV no pré-natal no Brasil é inferior à observada em outros países de renda média, como Argentina e Tailândia.⁵ Diante disso, a inclusão do HIV no rol de cronicidades atendidas na APS é uma aposta que precisa ser problematizada

levando em consideração a perspectiva de quem vive com a doença, ator capaz de reconhecer o modelo de atenção que atenda às suas expectativas e necessidades de saúde. Portanto, este artigo tem como objetivo identificar na literatura produções científicas sobre a descentralização do cuidado no Brasil à pessoa vivendo com HIV/Aids.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um levantamento bibliográfico, do tipo Estado da Arte, que seguiu as seguintes etapas⁶: 1) Identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Delimitação das bases de dados; 4) Busca e seleção dos estudos primários; 3) Extração de dados dos estudos encontrados; 4) Verificação da qualidade metodológica; 5) Síntese dos resultados da revisão; 6) Apresentação dos resultados obtidos.

Para a condução do estudo, utilizou-se a estratégia PICO para formulação da pergunta norteadora, no qual P – população (pessoa vivendo com HIV), I – intervenção (Descentralização do cuidado) e Co – contexto (Brasil). Diante disso, estabeleceu-se a seguinte pergunta: Quais as evidências científicas sobre como a descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV está sendo implementada no Brasil?

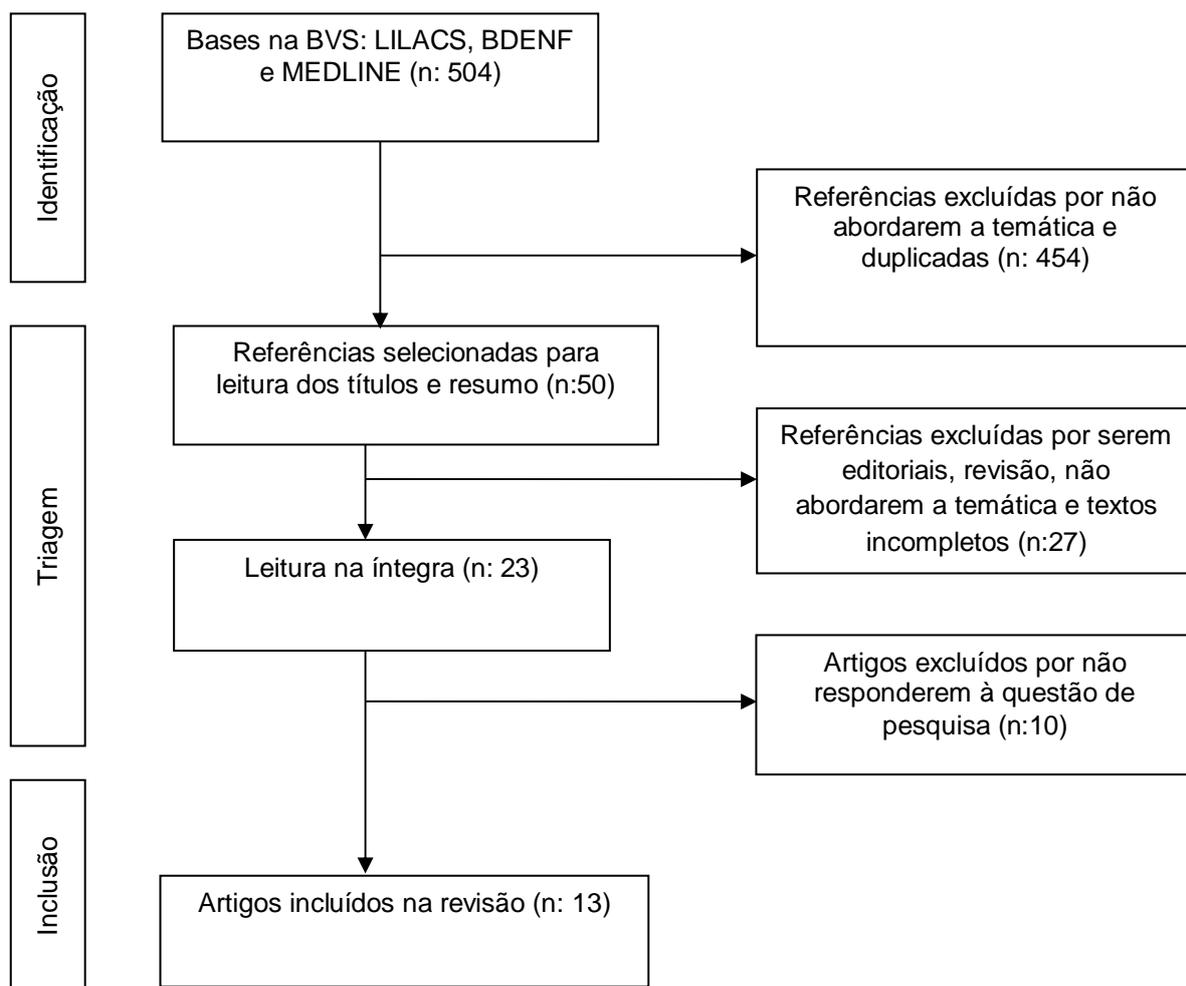
Posteriormente, procedeu-se a pesquisa, a qual foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2023, nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE); Literatura Latino-Americana de Ciências do Caribe e da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: HIV e Aids. E a palavra-chave: descentralização, assim como os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Os critérios de inclusão foram: artigos, com textos completos disponíveis, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão da pesquisa foram: textos repetidos, não relacionados ao tema, artigos de revisão e reflexão, análises documentais.

Optou-se também classificar as referências encontradas de acordo com os níveis de evidências científicas, no qual o nível 1, corresponde às revisões sistemáticas ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; o nível 2, às evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; o nível 3, aos ensaios clínicos bem delineados sem randomização; o nível 4, aos estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível

5, às revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, às evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7, às evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. Na figura 1, é possível observar o fluxograma de triagem e seleção dos artigos da pesquisa.

Figura 1. Fluxograma de triagem e seleção dos artigos



Fonte: Autor, 2024.

3. RESULTADOS

Foram selecionados 13 artigos científicos para compor a revisão, os quais contemplaram os parâmetros de inclusão e responderam à questão norteadora preestabelecida. O quadro 1 sumariza as informações relativas aos artigos selecionados de acordo com a revista, autores/ano, título do artigo, tipo do estudo e nível de evidência.

Quadro 1 - Tabulação dos artigos selecionados para composição do estudo.

N	Revista	Autores/Ano	Título	Tipo de estudo	Nível de evidência
1	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Carvalho <i>et al.</i> (2020) ⁷	Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis	Estudo observacional, transversal e descritivo	Nível 6
2	Revista Saúde Debate	Alves; Lago; Engstrom (2022) ⁸	O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação	Pesquisa avaliativa	Nível 6
3	Revista de Saúde Coletiva	Zambenedetti e Silva (2016) ⁹	Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades	Pesquisa de base qualitativa, sob o viés analítico institucional	Nível 6
4	Revista de Saúde Coletiva	Lucas; Boschemeie, De Souza (2023) ¹⁰	Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão	Pesquisa com abordagem qualitativa	Nível 6
5	Revista Estudos de Psicologia	Zambenedetti, Silva (2015) ¹¹	O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde	Abordagem teórico-metodológica	Nível 7
6	Revista Escola Anna Nery	Lima <i>et al.</i> (2021) ¹²	Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Nível 6
7	Revista Ciências Psicológicas	Rocha <i>et al.</i> (2018) ¹³	Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids	Estudo qualitativo exploratório	Nível 6
8	Revista Escola Anna Nery	Guedes <i>et al.</i> (2021) ¹⁴	Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV	Pesquisa exploratória de natureza qualitativa	Nível 6
9	Revista Escola Anna Nery	Kleinubing <i>et al.</i> (2021) ¹⁵	Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV	Pesquisa participante	Nível 6
10	Revista de Enfermagem da UFRJ	Pinho <i>et al.</i> (2022) ¹⁶	Representações sociais de enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV: abordagem estrutural	Estudo descritivo, exploratório, abordagem qualitativa e caráter estrutural	Nível 6
11	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Pinto; Capeletti (2019) ¹⁷	Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC	Estudo descritivo do tipo relato de experiência	Nível 6
12	Revista de Saúde Pública	Celuppi <i>et al.</i> (2022) ¹⁸	Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária	Pesquisa qualitativa	Nível 6

			à Saúde em tempos do novo coronavírus		
13	Caderno de Saúde Pública	Melo <i>et al.</i> (2021) ¹⁹	Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde?	Estudo de método etnográfico	Nível 6

Fonte: Autor, 2024.

4. DISCUSSÃO

A análise dos artigos selecionados permitiu o agrupamento dos artigos em duas categorias temáticas: Categoria 1 - A descentralização no Brasil e Categoria 2 - Avanço do atendimento ao HIV no Brasil.

Categoria 1 - A descentralização no Brasil

O processo de descentralização do atendimento à pessoa vivendo com HIV no Brasil se iniciou por volta dos anos 2000, tentando organizar um serviço já consolidado nos centros especializados como a testagem sendo exclusiva dos centros de testagem e os acolhimentos sendo vinculados às organizações não governamentais e, remanejá-los à atenção primária. Isso se deu quando o Ministério da Saúde, através da estratificação de risco, passou a recomendar que esses serviços fossem oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde.²⁰

As medidas iniciais para implementar esse processo de descentralização do atendimento para a atenção básica se deram através da Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012, na qual instituiu os serviços de testagem rápida para HIV e sífilis no pré-natal para as gestantes e parceiros no ambiente da APS. Além disso, em 2014, o Ministério da Saúde viabilizou a alteração no modelo de atendimento às PVHIV, o que destacou a APS como porta de entrada e organizadora do atendimento, objetivando o aumento da acessibilidade aos serviços ofertados a esses pacientes.⁷

A epidemia de HIV/Aids surpreendeu o mundo e entidades de saúde com casos da infecção nos Estados Unidos da América na década de 1980. No Brasil, a batalha contra a propagação do vírus e o cuidado às pessoas vivendo com ele iniciaram antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações regionais e o programa nacional do Ministério da Saúde.⁷

Porém, a concretização do SUS foi fundamental para fornecer cuidado de qualidade a pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). O Sistema passou a oferecer diagnóstico gratuito, além de inovar oferecendo medicamentos antirretrovirais para o tratamento de PVHA, o que contribuiu para a diminuição da mortalidade deste grupo, aumentando sua

qualidade de vida.²⁰ Dessa forma, o Brasil foi um dos pioneiros a oferecer o tratamento gratuito para PVHA dentre os países com renda média e baixa, além de ser um modelo mundial de combate à epidemia de HIV/Aids.⁷

O cuidado à PVHA pelo SUS inicialmente era realizado por especialistas infectologistas dos níveis secundário e terciário do serviço de saúde. A doença infecciosa de quadro agudo, que atingia grupos específicos e gerava alta morbimortalidade, ainda não possuía uma terapêutica definida e seu desdobramento era obscuro.²⁰

No início do XXI, o perfil epidemiológico da doença modificou-se, passando a englobar outros grupos sociais e implementando inovações terapêuticas. Assim, a qualidade de vida e tempo de sobrevivência das pessoas vivendo com o vírus aumentou, exigindo do sistema de saúde uma reestruturação da assistência oferecida a este grupo.⁸

Assim, a partir do ano 2000, a participação da Atenção Primária à Saúde (APS) na luta contra o HIV/Aids cresceu. A atenção especializada realizada prioritariamente por infectologistas oferecida nos atendimentos em policlínicas e hospitais, através do Serviço de Atenção Especializada (SAE), passou a ser oferecida nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e, posteriormente, foi capilarizada para a APS.²⁰

Em 2002, a atenção primária passou a realizar ações de prevenção e aconselhamento, além de realizar o acompanhamento do usuário, descentralizando o cuidado à PVHA, a partir de estratificação de risco^{7,20}. A implementação dos Testes Rápidos (TR), após a reorganização da descentralização, favoreceu ainda mais o processo para o usuário, em vista que a APS passou a trabalhar junto com a SAE para o diagnóstico inicial e acompanhamento posterior.⁸

A administração das UBS é de responsabilidade do município, respeitando o planejamento e campanhas nacionais, como a própria descentralização do cuidado à PVHA. Essa mudança aumentou a autonomia, visibilidade e reconhecimento da importância da APS dentro da hierarquia do sistema de saúde. A estabilização da transição demográfica, envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, exigiram uma repaginação da APS e seus serviços prestados.⁸

A política de descentralização da assistência às PVHA ainda é recente e apresenta resistências de implementação por entes sub-regionais e alguns profissionais, pois existe uma insegurança, tanto técnica quanto gerencial, relacionada à falta de preparo para receber os usuários neste novo modelo.^{8,21} Também se observa uma dificuldade na interação e apoio matricial entre os profissionais de saúde que trabalham com a PVHA, assim como a segmentação e isolamento da SAE, e daqueles que fornecem serviços para

a APS. limitam-se à ideia de que apenas a SAE consegue lidar com os casos mais graves.

Ademais, a contrarreferência não é elencada como favorável, dado em vista, que os profissionais da SAE se qualificam como mais capacitados para atender a população. Nesse sentido, devido à falta de diálogo com a equipe, e falta de atualização fornecida pelos gestores de saúde, o cuidado ao invés de ser integralizado, torna-se focal no modelo biomédico, contrário ao processo de descentralização da rede.¹³

Corroborando com esse cenário, um estudo evidencia a insegurança mostrada pelos profissionais que atendiam na APS. Dos 105 médicos entrevistados 32,4% apresentavam insegurança para realizar o acompanhamento desses usuários devido à falta de capacitação, à falta de material ou apoio técnico.⁷ Embora, todos já tivessem prescrito a TARV, nota-se que a descentralização ainda está no processo de ajuste, perante que ainda ocorrem muitos encaminhamentos para correção de tratamento (70,4%) por falha terapêutica.⁹

Além disso, há dificuldade também na confiabilidade do TR pelos profissionais de saúde, em que, buscam sempre o auxílio do teste laboratorial para que haja confirmação do resultado, postergando o início da TARV; a sobrecarga de trabalho, em que apenas alguns profissionais sabem manejar corretamente o TR, dessa maneira, acumulam responsabilidades; baixa procura da realização do teste devido à estigmatização quanto ao diagnóstico pela população.⁹

Por parte da população ainda há estigma na realização dos TR, pois, geralmente buscam auxílio nas unidades básicas de saúde próximas da comunidade em que residem, logo, receio e medo de quebra de sigilo torna-se preponderante nesse aspecto. Porém, a estratégia de redução desse estigma pelos profissionais de saúde local foi elementar para aumentar a procura por parte da população: educação em saúde antes da realização dos TR.¹² Um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2018 reforça a questão do sigilo profissional, no qual os participantes citaram dificuldades de adequação a fluxos predeterminados pelo serviço, como a não privacidade a pacientes no acolhimento, causando medo da exposição quando era informado o motivo da ida ao serviço.²¹

A territorialização ainda é um processo a ser discutido, embora haja ampliação de acesso a livres demandas de acesso no que se refere ao acompanhamento perto das residências, é inegável o sentimento de desconforto eleito pela PVHA. Nesse sentido, amplia-se a ideia de transferência de diagnóstico, tratamento e acompanhamento para outra unidade fora do ambiente social, frente ao preconceito e estigma da comunidade local que ainda há de ser trabalhado pela equipe de saúde.¹¹

A fragilidades de situações como equipes incompletas, resistência profissional e alta rotatividade de pessoal nas unidades de saúde também dificultam a implementação plena da descentralização.⁷ Contudo, este processo aumenta a resolutividade da APS e aperfeiçoa o cuidado oferecido à PVHA, nos quais se destacam: maior percepção dos dados epidemiológicos, ampliação de acesso, possibilidade da participação da comunidade e adesão dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família para o acompanhamento adequado, além da possibilidade de capacitação.⁹ Embora, ainda haja uma ausência de capacitação da equipe, restringindo a atuação do enfermeiro para realização de TR e médicos para consultas.¹²

Assim, a atuação dos gerentes de saúde é elementar na execução efetiva da descentralização, pois poderiam promover capacitações e comunicações entre as redes, a fim de facilitar o apoio matricial e elevar a qualidade do serviço prestado.¹⁴ Contudo, há ausência do conhecimento real da prática estabelecida pelos profissionais de saúde por parte dos gestores.

A disponibilização de TR em toda APS deveria ser rotineira e sem limitação de acesso, contudo, existem lugares em que esses testes não chegam, ou não são realizados por falta de profissionais. Além disso, limitam o uso por meio de dia de marcação específicos e de realização dos TR, o que aumenta a probabilidade de não adesão da comunidade.¹² Nesse caso, quando as estratégias dentro dos ambientes da APS não são eficazes ou são limitadas, é de suma importância o processo de referenciamento e contrarreferência a outros serviços e especialidades, como a psiquiatria, saúde nutricional, saúde odontológicos, visitas domiciliares e cuidados paliativos.²²

Dessa forma, a participação conjunta da APS, gestores municipais e federais são essenciais para que haja uma comunicação entre os serviços, uma vez que a articulação para a descentralização precisa ser de maneira conjunta e comunicada. As gestantes com HIV abordadas no presente estudo não retornavam para os atendimentos na APS, centrando apenas na SAE. A contrarreferência no pós-parto não havia diálogo, portanto, a continuidade no processo assistencial na APS não possuía a qualidade que deveria. Nesse sentido, a implementação de uma linha de cuidados adaptável conforme a realidade dos municípios seria ideal para que houvesse uma integralização da assistência.¹⁵

Além disso, a relação profissional-usuário também se elenca como uma etapa da descentralização que precisa de atenção. A estigmatização e a falta de manejo em como realizá-lo torna o processo difícil para aqueles que necessitam do diagnóstico e da comunicação. Embora o Brasil tenha avançado no tratamento, a comunidade não

compreende a vulnerabilidade e tende a ter preconceito. Nesse aspecto, a educação em saúde nas salas é uma ferramenta indispensável para que esse processo ocorra, desde a identificação do problema, até a resolução. Apesar de ainda possuir impasses, a facilidade de trazer as medicações para a APS facilitou a adesão ao tratamento, embora ainda haja resistência por parte dos usuários em usufruir dessas medidas.¹²

Também se destaca a importância do vínculo com o usuário, acolher, orientar, acompanhar, respeitar, e tratar, foram características que em seu levantamento foram destaques para uma assistência de qualidade a essa população. Mas, o medo ainda era preponderante por parte dos usuários, que, sem o vínculo adequado, poderia prejudicar o usuário, nesse sentido, o fortalecimento da confiança com o paciente favorece desfechos positivos.¹⁶

Em um estudo de cunho etnográfico que aborda o processo de descentralização no estado do Rio de Janeiro demonstra que a população ainda era receosa na adesão, dado em vista o desconhecimento do processo e por acreditarem que o sigilo das informações estava em risco devido à presença da comunidade local ser usuária do mesmo lugar em que esses serviços estavam sendo prestados. Ademais, a confiabilidade no processo biomédico foi um fator elementar, em que os médicos disponíveis na APS não eram considerados pela população como qualificados, sendo necessário a presença de um especialista. Ademais, a própria equipe possuía falhas, pois, não tinham o controle de quantas pessoas faziam acompanhamento/tratamento na região.¹⁹

Em contrapartida, o processo de descentralização no município de Florianópolis é considerado referência no modelo assistencial adotado, devido à articulação de meios de manejo, com a utilização de um protocolo local estruturado, discussão de casos sobre o manejo do HIV via *Whatsapp* por parte da equipe multiprofissional, campanhas e capacitações periódicas, ampla distribuição de TR, incentivo da gestão municipal, além da grande cobertura da ESF e o prontuário eletrônico que facilita a continuidade do cuidado. Mas, ainda há um número elevado de pessoas que desconhecem o seu estado sorológico e de pessoas com CV detectável.¹⁷

No que concerne à atuação da APS no período pandêmico da COVID-19, houve a necessidade de reestruturação da APS em Florianópolis para atender a demanda da PVHIV. A adoção de métodos inovadores, como a telemedicina, utilização das redes sociais para facilitar marcação de consultas, exames, acolhimento de queixas clínicas foi visto como algo positivo, além da implementação de um protocolo clínico local para esses atendimentos. Ademais, o uso de planilhas de rastreamento dessa população facilitou para

os profissionais da saúde o acompanhamento dos casos. Embora tenha tido redução da detecção de novos casos, devido ao medo e a necessidade de distanciamento social por parte da população.¹⁸

Categoria 2 - Avanço do atendimento ao HIV no Brasil

O início da epidemia de HIV/Aids no mundo provocou mudanças em diversos aspectos dos sistemas de saúde ao redor do globo. Há cerca de 40 anos, a sociedade passou a conhecer mais sobre a infecção, suas vias de transmissão, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento, bem como passou a observar os impactos sociais oriundos da doença.^{8,23}

Com o passar dos anos, estereótipos relacionados à infecção pelo HIV foram sendo derrubados a partir de casos identificados em diversos grupos populacionais, diminuindo a relação do vírus às populações com vulnerabilidades específicas. Junto a isso, o cuidado à pessoa recém diagnosticada foi facilitado, de forma gradativa, ao passar dos níveis secundários e terciários da assistência para a atenção primária à saúde.^{8,23}

Assim, o atendimento à pessoa vivendo com HIV/Aids obteve avanços significativos através dos anos. No Brasil, a chegada de novas tecnologias terapêuticas no século XXI refletiu no aumento da sobrevivência das PVHA, diminuindo a morbimortalidade da infecção e criando um novo perfil para este grupo. Dessa forma, o acompanhamento das PVHA passou a ser adaptado à APS no país.^{8,24}

Em um retrospecto do combate à mortalidade por HIV no Brasil, o início dos combates à epidemia do vírus na década de 1980 tinha como objetivo identificar as pessoas com sorologia positiva, através das estratégias de *Voluntary Counseling Testing (VCT)* e a *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling (PICT)*, que culminaram na criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento voluntário (CTA) em diversas regiões do país.¹⁹

A principal diferença entre as estratégias é que o VCT estimulava a procura espontânea do usuário pela testagem, promovendo diálogos e orientações sobre situações de risco e vulnerabilidade. Em contrapartida, o PICT é uma estratégia em que o profissional encaminha pacientes considerados de grupos de risco, prevenindo e cuidando de grupos como gestantes, por exemplo. Ambas passaram a coexistir na APS ao longo da década de 2000.¹⁹

Em 2013, o Brasil introduziu a estratégia do Tratamento como prevenção (TcP), que objetivava a diminuição da circulação do vírus no país. Esta estratégia baseia-se na obtenção precoce do diagnóstico e início imediato da terapia antirretroviral (TARV), fundamentada na eficiência dos antirretrovirais em proteger e diminuir o risco de

transmissão do vírus. O TcP passa a dar maior visibilidade às novas tecnologias de testagem como o teste rápido, além de fomentar a ampliação dos locais de testagem para locais fora do serviço de saúde, em ações dentro da comunidade.¹⁰

Poucas pesquisas no Brasil se dedicaram a analisar os impactos da comunicação especialmente entre grupos de indivíduos em serviços de saúde que mantêm relações com parceiros que têm status sorológico diferente em relação ao HIV. Contudo, um estudo conduzido no interior de São Paulo, envolvendo aproximadamente 286 pessoas vivendo com HIV, revelou que apenas 43 delas tinham conhecimento sobre a eficácia do tratamento. Isso evidencia a necessidade de elaborar e aplicar campanhas de comunicação pela equipe de saúde, visando melhorar a alfabetização em saúde de maneira eficaz entre as pessoas vivendo com HIV, especialmente no que diz respeito à mensagem de que carga viral indetectável equivale a intransmissível.²⁴

Além disso, essa nova estratégia possui como foco principal as pessoas vivendo com o vírus que, ao serem identificados, acolhidos e encaminhados ao tratamento adequado, tem maior chance de sobrevivência, maior qualidade de vida e menores chances de transmissibilidade, quebrando a cadeia de transmissão viral, o que favorece o indivíduo e a comunidade em geral.²⁴⁻²⁵

Em 2013, com a publicação do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos, o início precoce da TARV em pessoas infectadas com HIV passou a ser recomendado no Brasil. O protocolo recomenda o tratamento com antirretrovirais em adultos com HIV, em qualquer estágio da infecção e contagem de CD4, com assentimento do usuário.¹⁹

Para aumentar o alcance das testagens, o Ministério da Saúde estimulou a capilaridade da atenção à PVHA no país através da maior oferta de testagem rápida com fluidos orais no SUS, além de oferecer o teste-rápido no pré-natal, parto e para pessoas com tuberculose e IST's. Um ano depois, em 2014, o Ministério da Saúde promoveu o projeto "Viva Melhor Sabendo", com objetivo de promover testagem entre públicos-alvo como homossexuais, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de droga. No ano seguinte, a campanha foi iniciada através de ONG's contempladas pelo projeto ao redor do país.¹⁹

Com isso, em 2015, os dados epidemiológicos oficiais do Brasil apontavam uma estabilização na epidemia. Em contrapartida, o relatório Global do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) chamado de *Prevention Gap Report*, de 2016, ressalta o aumento do número de infecções por HIV em adultos em toda a América Latina.²⁶

Neste mesmo ano, foram adotadas metas para 2020 e 2030, com ações e estratégias recomendadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), mudando a perspectiva da Política Nacional de enfrentamento ao HIV/Aids vigente no Brasil.¹⁹

Assim, o Ministério da Saúde iniciou a estimular as abordagens que utilizassem a prevenção combinada, combinando o TcP à Profilaxia Pré-exposição (PrEP), caracterizada pelo uso de dois antirretrovirais cotidianamente, antes de práticas sexuais, com grau de proteção de cerca de 96% nas relações anais, quando utilizada por pelo menos quatro dias na semana.^{23, 25}

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização do cuidado às PVHIV no Brasil trouxe o aumentando a acessibilidade e a qualidade do atendimento de novas tecnologias terapêuticas como os medicamentos antirretrovirais e de profilaxia pré-exposição e a realização de TR na APS. Esse cenário resultou em uma capilaridade maior dos serviços, facilitando o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce. Todavia, para que a descentralização seja efetivamente implementada na rede de atenção à saúde é necessário a capacitação adequada dos profissionais, integração dos serviços de alta, média e baixa complexidade e dificuldade de implementação pelos gestores dos municípios. Cabe ressaltar a necessidade de que sejam realizados outros estudos que abordem sobre a descentralização do cuidado a pessoa vivendo com HIV.

REFERÊNCIAS

1. Metelsk FK, Celuppi IC, Meirelles BHS, Coelho B, Silva MM, Abreu WJCP. Melhores práticas no cuidado às pessoas que vivem com HIV em diferentes modelos de cuidado. Rev. Enferm. UFSM. 2023; 13(34): 1-22.
2. 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.
3. Batista JFC, Oliveira MR, Pereira DLM, Matos MLS, Souza IT, Menezes MO. Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. Rev Bras Epidemiol. 2023; 26:e230002.
4. Santos EAP, Zambenedetti G. Desnaturalizando a Oferta-Demanda na Descentralização da Testagem e do Aconselhamento em HIV/Aids na APS. Revista Psicologia e Saúde. 2023; 15: 1562015.

5. Grangeiro A, Escuder MML, Silva SR, Cervantes V, Teixeira PR. Características da Resposta à Aids de Secretarias de Saúde, no Contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. *Saúde Soc.* 2012; 21 (4): 954-975.
6. Cruz FR, Ferreira JL. Estudos de revisão em Educação: Estado da Arte e Revisão Sistemática. *Revista Espaço Pedagógico.* 2023; 30: e11512.
7. Carvalho VKA, Godoi DF, Perini FB, Vidor AC, Baron G. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2066.
8. Alves BL, Lago RF, Engstrom EM. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/ Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. *Saúde Debate.* 2022; 46(Esp.7): 31-47.
9. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2016; 26 (3): 785-806.
10. Lucas MCV, Böschemeier AGE, Souza ECF. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2023; 33, e33053.
11. Zambenedetti G, Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia.* 2015; 20(4): 229-240.
12. Lima MCL, Pinho CM, Silva MAS, Dourado CARO, Andrade MS. Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. *Esc Anna Nery* 2021;25(4):e20200428.
13. Rocha KB, Ew RAS, Moro LM, Zanardo GLP, Pizzinato A. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Ciencias Psicológicas.* 2018; 12 (1): 67-78.
14. Guedes HCS, Silva Júnior JNB, Silva GNS, Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Barrêto AJR. Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20190386.
15. Kleinubing RE, Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. *Esc Anna Nery* 2021;25(5):e20210033.
16. Pinho CM, Lima MCL, Fonsêca BRL, Silva JFAS, Silva MAS, Andrade MS. Representações sociais de enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV: abordagem estrutural. *Rev enferm UERJ.* 2023; 31(1):e68880.
17. Pinto VM, Capeletti NM. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019; 14(41):1710.

18. Celuppi IC, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Geremia DS, Metelski FK. Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. *Rev Saude Publica*. 2022; 56:13.
19. Melo EA, Agostini R, Damiao JJ, Filgueiras SL, Maksud I. 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.
20. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e151.
21. Smiderle CASL, Favoreto CAO. Desafios das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde a pessoas que vivem com HIV. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;18(45):3218.
22. Silva AB, Santos NR. Desafios e possibilidades no cuidar à pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção primária: revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde*. 2023; 8(1):71-82.
23. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JRCM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2018; 29:263-293.
24. Lioi FM, Sousa LRM, Elias HC, Gerin L, Gir E, Reis RK. Tratamento como prevenção na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/aids. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE012323.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília (DF). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023. [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf>.