



**DESCENTRALIZAÇÃO E RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO AO HIV NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DE PRÁTICAS DE GESTÃO,
GOVERNANÇA DE REDE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO SUS**

Decentralization and Reconfiguration of HIV Care in Primary Health Care: An Analysis of Management Practices, Network Governance, and Care Coordination in the Brazilian Unified Health System (SUS)

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com

Mariana Campos Souza Menezes

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7727-6430>

Doutora em Medicina

Instituição: Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte

Endereço: Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

E-mail: marianacamposmn@gmail.com

Renata Galvão Magalhães

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Pedra Azul, Minas Gerais, Brasil

E-mail: magalhaesgrena@gmail.com

Ítalo Lucas da Silva Dias

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Jataí (UFJ)

Endereço: Unaí, Minas Gerais, Brasil

E-mail: italolucas99@hotmail.com

Maria Carolina Pinheiro Bacelar

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso)

Endereço: Salvador, Bahia, Brasil

E-mail: pbacelarcarol@gmail.com

Camila Sales Andrade

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Endereço: João Pessoa, Paraíba, Brasil

E-mail: camilasandrade07@gmail.com

Júlio César Godoi Sales dos Santos

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9140-1667>

Graduado em Medicina

Instituição: Universidad Central del Paraguay (UCP)

Endereço: Itapecerica, São Paulo, Brasil

E-mail: juliosales1910@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV (PVHA) para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde, investigando as melhores práticas de gestão e os mecanismos de coordenação necessários para a integralidade assistencial. **Metodologia:** Revisão sistemática de evidências qualitativas e observacionais fundamentada nas diretrizes do Ministério da Saúde para síntese de estudos. A pergunta norteadora utilizou o acrônimo PECO e a busca foi realizada nas bases MEDLINE, LILACS e SciELO, incluindo 26 referências que detalham a reconfiguração das redes assistenciais no Brasil. **Resultados:** A análise indica progresso heterogêneo, com alto grau de implantação nas dimensões de prevenção e diagnóstico por testes rápidos. O uso de guias baseados em evidências (kit PACK) emergiu como ferramenta eficaz para a segurança técnica no manejo clínico. Entretanto, a descentralização é tensionada pelo "paradoxo do território", no qual o estigma e o medo da quebra do sigilo diagnóstico dificultam o vínculo assistencial. A interface entre a APS e os serviços especializados permanece fragmentada, caracterizada por um "vazio de interação", ausência de contrarreferência e entraves burocráticos no sistema de regulação. **Conclusões:** A reconfiguração da rede exige uma governança que transcenda a transferência de encargos, institucionalizando o matriciamento e o suporte técnico-pedagógico. A integralidade do cuidado depende da integração de sistemas de informação e de práticas de gestão que reconheçam o estigma como determinante social da saúde no território.

Palavras-chave: HIV; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Descentralização; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) permanecem como agravos de grande magnitude global, exigindo respostas complexas dos sistemas de saúde para lidar com sua transição de uma doença aguda de alta mortalidade para uma condição crônica manejável (UNAIDS, 2013; World Health Organization, 2016). No cenário brasileiro, a resposta à epidemia consolidou-se historicamente em torno dos Serviços de Atenção Especializada (SAE), onde o cuidado era centralizado na figura do médico infectologista (Melo et al., 2018). Contudo, a partir da última década, o Ministério da Saúde passou a induzir a descentralização do acompanhamento clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) para a Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentando-se na capilaridade territorial e no papel da Estratégia Saúde da Família como

porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014; Mendes, 2015).

Essa reconfiguração do modelo assistencial busca alinhar o Brasil às metas internacionais de ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e retenção ao tratamento (UNAIDS, 2013; Pan American Health Organization; World Health Organization, 2016). Para operacionalizar essa transição, foram publicados manuais e guias de boas práticas visando instrumentalizar as equipes da APS para o manejo clínico e a prevenção combinada (Brasil, 2014; Brasil, 2015). No entanto, a implementação prática dessa política revela-se heterogênea entre os municípios, enfrentando desafios que vão desde a precariedade da infraestrutura física e escassez de recursos humanos até a rotatividade profissional, que compromete a continuidade do vínculo assistencial (Costa; Almeida, 2021; Lima et al., 2021).

Um dos pontos mais críticos da descentralização reside no chamado "paradoxo do território", onde a proximidade do serviço de saúde em relação à residência do usuário, embora facilite o acesso físico, desperta o temor da quebra do sigilo diagnóstico (Maksud et al., 2021; Zambenedetti; Silva, 2016). O estigma social associado ao HIV ainda impõe barreiras éticas e subjetivas severas, levando PVHA a utilizarem subterfúgios para ocultar sua condição de vizinhos e, por vezes, dos próprios Agentes Comunitários de Saúde, que residem na mesma comunidade (Maksud et al., 2021). A gestão desse "segredo" e do estigma territorial exige que as práticas de gestão e o acolhimento na APS transcendam a dimensão biomédica, incorporando uma abordagem socioantropológica que garanta a segurança ética do usuário (Maksud et al., 2021; Damião et al., 2022).

Ademais, a eficácia da descentralização depende intrinsecamente da qualidade da interface entre a APS e a atenção especializada. A literatura aponta que a comunicação entre médicos de família e infectologistas é frequentemente incipiente, operando em uma lógica de isolamento em vez de cuidado compartilhado e matriciamento (Rocha et al., 2022). O uso de sistemas de regulação, como o SisReg, muitas vezes é percebido como uma barreira burocrática, e a ausência de prontuários eletrônicos integrados dificulta a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (Melo et al., 2021; Rocha et al., 2022). Para superar esses gargalos, experiências exitosas têm apostado no uso de guias baseados em evidências científicas e protocolos de manejo clínico que padronizam a assistência e conferem segurança técnica aos profissionais da linha de frente (Carvalho et al., 2020; Celuppi et al., 2022).

Nesse contexto, torna-se imperativo o desenvolvimento e a aplicação de instrumentos validados para avaliar a qualidade desse atendimento e monitorar o grau de implantação da descentralização nos diversos cenários do SUS (Castro et al., 2019; Pinho et al., 2020). A

análise das práticas de gestão e da governança da rede é fundamental para identificar se o deslocamento do cuidado está, de fato, promovendo a integralidade ou apenas transferindo responsabilidades sem o suporte necessário (Melo et al., 2021; Salazar; Campos; Luiza, 2017). Justifica-se, portanto, a necessidade de estudos que sistematizem essas evidências para orientar gestores na tomada de decisão e na superação das resistências profissionais e institucionais (Celuppi et al., 2022; Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar o processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV (PVHA) para a Atenção Primária à Saúde, investigando as melhores práticas de gestão baseadas em evidências, a eficácia da interface entre APS e atenção especializada e os mecanismos de coordenação do cuidado necessários para garantir a integralidade assistencial.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática de evidências qualitativas e observacionais, delineada para sintetizar o conhecimento atual sobre a descentralização do cuidado ao HIV no Brasil. A estrutura metodológica seguiu as recomendações das Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde para a síntese rigorosa de estudos, priorizando a transparência e a reprodutibilidade do processo de seleção e análise. Para garantir o rigor científico, o planejamento da pesquisa foi estruturado em fases sequenciais: definição da questão de investigação, estabelecimento de critérios de elegibilidade, busca em bases de dados, seleção pareada, extração de dados e análise crítica da qualidade das evidências.

A pergunta norteadora foi formulada a partir do acrônimo PECO (População, Exposição, Comparador e *Outcome*/Desfecho), onde a População consistiu em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA); a Exposição foi a descentralização do cuidado para a Atenção Primária à Saúde; o Comparador referiu-se ao modelo tradicional centrado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE); e o Desfecho (*Outcome*) incluiu a qualidade das práticas de gestão, a eficácia da interface de rede e a garantia da integralidade assistencial. Os critérios de inclusão contemplaram estudos primários observacionais e qualitativos realizados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), publicados em português ou inglês, que abordassem processos de implementação e reconfiguração de redes assistenciais.

A busca de evidências foi realizada de forma abrangente em bases de dados eletrônicas essenciais, incluindo MEDLINE, LILACS e a biblioteca SciELO, visando mitigar o viés de publicação. A estratégia de busca empregou descritores controlados e termos do vocabulário não controlado (palavras de texto e sinônimos) relacionados a "Atenção Primária à Saúde", "HIV/Aids", "Descentralização" e "Gestão em Saúde". Adicionalmente, realizou-se a busca

manual em listas de referências e em fontes de literatura cinzenta, como manuais técnicos e guias de boas práticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O processo de seleção dos estudos foi executado em duas etapas por revisores independentes. Na primeira fase, procedeu-se à triagem por meio da leitura de títulos e resumos; na segunda, realizou-se a avaliação da elegibilidade mediante a leitura integral dos manuscritos. As discordâncias foram resolvidas por consenso ou pela mediação de um terceiro revisor. Para a extração dos dados, foi utilizado um formulário padronizado que permitiu coletar informações sobre o cenário do estudo, o grau de implantação da política, o uso de guias baseados em evidências (como o PACK) e os desafios éticos relacionados ao sigilo e ao estigma no território.

A análise e síntese dos resultados foram fundamentadas na tríade Estrutura-Processo-Resultado, permitindo avaliar se a reconfiguração da rede de atenção promoveu a coordenação do cuidado e a segurança técnica dos profissionais. A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos seguiu instrumentos validados, considerando critérios de validade interna e externa. Por tratar-se de uma revisão sistemática fundamentada em dados secundários de acesso público, o estudo dispensa a aprovação direta em Comitê de Ética em Pesquisa, embora assegure que todos os artigos selecionados respeitaram as normativas éticas vigentes para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Fluxo de Seleção dos Estudos

A busca sistemática por evidências foi conduzida em bases de dados eletrônicas essenciais e fontes de literatura cinzenta, resultando na identificação inicial de registros que versam sobre a descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV no contexto do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014; Mendes, 2015). O processo seguiu as etapas de identificação, triagem e avaliação de elegibilidade, visando mitigar o risco de viés de publicação e garantir a recuperação das melhores evidências disponíveis (Brasil, 2014).

Após a remoção de duplicatas, procedeu-se à triagem rigorosa de títulos e resumos. Nesta fase, foram priorizados manuscritos que abordassem as práticas de gestão na Atenção Primária, a interface com os serviços especializados e os desafios éticos territoriais (Maksud et al., 2021; Rocha et al., 2022). A confirmação da elegibilidade foi realizada mediante a leitura integral dos textos, permitindo selecionar obras que detalhassem o processo de implementação da política de descentralização e as reconfigurações das redes assistenciais (Melo et al., 2021; Carvalho et al., 2020).

Foram excluídos os estudos que não apresentavam dados específicos sobre a coordenação do cuidado na rede ou que focavam exclusivamente em aspectos biológicos da

infecção, sem interface com a gestão em saúde (Pinho et al., 2020; Celuppi et al., 2022). Ao final do processo de seleção pareada, a síntese qualitativa e descritiva foi composta pelas 26 referências principais listadas no manuscrito, garantindo a representatividade de diferentes cenários municipais e dimensões do cuidado integral (Melo et al., 2018; Lima et al., 2021).

Características dos Estudos Incluídos

A síntese das evidências selecionadas revelou uma concentração de estudos realizados na última década, refletindo o período de indução ministerial para a descentralização do cuidado ao HIV no Brasil (Melo et al., 2018; PAHO; WHO, 2016). Do ponto de vista geográfico, observou-se uma predominância de pesquisas conduzidas em grandes centros urbanos, com destaque para o município do Rio de Janeiro, que serviu de cenário para análises de reforma da Atenção Primária e reconfiguração de redes assistenciais (Melo et al., 2021; Soranz; Pinto; Penna, 2016; Salazar; Campos; Luiza, 2017). Outros cenários relevantes incluíram a capital catarinense, Florianópolis, com foco em cuidado compartilhado e gestão baseada em evidências, e estados da região Nordeste, onde foram investigadas as vulnerabilidades no acesso ao diagnóstico (Carvalho et al., 2020; Costa; Almeida, 2021; Jordão et al., 2022).

Quanto ao delineamento metodológico, as fontes incluídas apresentam natureza diversa. Identificaram-se estudos de caso com abordagem mista, integrando entrevistas com gestores e análise de dados secundários provenientes de sistemas como SisReg, Sinan e Siscel (Melo et al., 2018; Melo et al., 2021). Abordagens qualitativas de cunho socioantropológico e etnográfico foram empregadas para investigar o sigilo diagnóstico e as relações de estigma no território (Maksud et al., 2021; Zambenedetti; Silva, 2016). Adicionalmente, a revisão compôs-se de estudos metodológicos voltados para o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação da qualidade do atendimento, além de revisões de escopo sobre as melhores práticas de gestão (Castro et al., 2019; Celuppi et al., 2022; Pinho et al., 2020).

Os manuais técnicos e guias de boas práticas publicados pelo Ministério da Saúde constituíram uma base normativa essencial, definindo os fluxos clínicos e os critérios de manejo da infecção na APS (Brasil, 2014; Brasil, 2015; Brasil, 2022). Em termos de população, as evidências contemplaram tanto a perspectiva dos profissionais de saúde — incluindo médicos de família, enfermeiros e agentes comunitários — quanto a percepção de usuários vivendo com HIV/Aids (Maksud et al., 2021; Rocha et al., 2022; Lima et al., 2021).

Avaliação da Qualidade Metodológica e Risco de Viés

A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés das evidências incluídas foi conduzida por meio de instrumentos específicos para cada delineamento, priorizando a análise da validade interna e da capacidade de generalização dos achados para o contexto do SUS

(Brasil, 2014; Castro et al., 2019). Para os estudos voltados ao desenvolvimento e validação de instrumentos de gestão e assistência, a qualidade foi aferida mediante o índice Kappa de concordância entre especialistas, revelando níveis de fidedignidade que variaram de moderado a excelente (Castro et al., 2019; Pinho et al., 2020).

Nos estudos qualitativos e de caso, o rigor metodológico foi verificado pela transparência na descrição das etapas de coleta — como observação participante e grupos focais — e pela triangulação de fontes de dados (Melo et al., 2021; Rocha et al., 2022). Identificou-se que a maioria das pesquisas utilizou critérios de elegibilidade bem fundamentados, embora o uso de amostragem por conveniência ou pela técnica "bola de neve" em territórios restritos tenha sido uma característica comum (Maksud et al., 2021; Carvalho et al., 2020).

Quanto ao risco de viés de aferição, as evidências que utilizaram dados secundários apontaram limitações decorrentes da baixa confiabilidade e subnotificação em sistemas oficiais como Sinan, Siclom e Siscel, o que pode mascarar o real grau de implantação da descentralização (Brasil, 2014; Melo et al., 2018; Melo et al., 2021). Por outro lado, manuais e guias de boas práticas foram considerados fontes de alta qualidade normativa, servindo como referencial para a comparação das práticas de gestão encontradas nos serviços de saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2015; Celuppi et al., 2022).

A Descentralização e o Grau de Implantação

A análise das evidências indica que a descentralização do cuidado ao HIV no Brasil tem progredido de forma heterogênea, com avanços consolidados em dimensões programáticas e gargalos persistentes na coordenação do cuidado integral. No campo da prevenção, os estudos apontam um alto grau de implantação, caracterizado pela distribuição universal de métodos de barreira e pela oferta de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em 100% das unidades básicas em cenários como o Rio de Janeiro. Essa dimensão beneficia-se de normativas municipais robustas, como as Carteiras de Serviços da Atenção Primária, que padronizam o cardápio de ações preventivas (Salazar; Campos; Luiza, 2017).

No que tange ao diagnóstico, observou-se uma expressiva incorporação dos Testes Rápidos (TR) na rotina das equipes de Saúde da Família. A oferta de testagem permitiu a ampliação do acesso, integrando o diagnóstico ao aconselhamento imediato. Contudo, os resultados revelam que essa dimensão está frequentemente "parcialmente implantada" devido a barreiras operacionais, como a restrição de horários e a hesitação de profissionais que encaminham a demanda para Centros de Testagem e Aconselhamento (Brasil, 2022; Jordão et al., 2022).

Quanto ao manejo clínico e tratamento, a descentralização marca a transição do modelo centrado no infectologista para o cuidado compartilhado na APS. Municípios como Florianópolis demonstram grau avançado de implantação, sustentado pelo uso de guias baseados em evidências, como o *Practical Approach to Care Kit* (PACK), que instrumentalizam as equipes para o acompanhamento longitudinal e a prescrição de Antirretrovirais (ARV) em casos de baixa complexidade (Carvalho et al., 2020). A expansão das Unidades Dispensadoras de Medicamentos para o território facilitou a adesão, embora enfrente desafios logísticos de armazenamento. Por fim, a dimensão da Atenção Integral apresenta maior variabilidade, com o cuidado subjetivo e o enfrentamento do estigma ainda incipientes nas práticas cotidianas (Maksud et al., 2021; Damião et al., 2022).

Melhores Práticas de Gestão e Ferramentas de Cuidado

As evidências selecionadas demonstram que a consolidação da descentralização é sustentada pela instrumentalização clínica baseada em evidências, trabalho em equipe multiprofissional e mecanismos de suporte especializado (Carvalho et al., 2020; Celuppi et al., 2022). O uso do guia PACK emergiu como uma das ferramentas mais eficazes para garantir a segurança técnica, simplificando o manejo da infecção e padronizando rotinas de exames e início da Terapia Antirretroviral.

O cuidado compartilhado em equipe multiprofissional foi identificado como prática essencial. Os resultados mostram que a divisão de tarefas entre médicos, enfermeiros e técnicos — incluindo busca ativa e monitoramento de carga viral — amplia a capacidade de compreensão das necessidades dos usuários (Melo et al., 2021; Celuppi et al., 2022). Normativas formais, como o "Guia de Referência Rápida" e a inclusão da linha de cuidado na "Carteira de Serviços" municipal, conferiram legitimidade institucional à atuação da APS (Brasil, 2014; Brasil, 2015; Melo et al., 2021).

Quanto ao suporte, a implantação de matriciamento e teleconsultoria foi fundamental para superar o isolamento assistencial. Canais de comunicação de resposta rápida entre médicos de família e infectologistas permitiram a discussão de casos complexos e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares sem necessidade de encaminhamento físico imediato (Carvalho et al., 2020; Rocha et al., 2022). Além disso, destacam-se inovações como o uso de formulários eletrônicos para renovação de receitas e parcerias com Organizações Não Governamentais para logística de entrega de medicamentos, garantindo a manutenção do vínculo em contextos de crise (Celuppi et al., 2022; Jordão et al., 2022).

Desafios Éticos e Gestão do Sigilo

Os resultados apontam que a descentralização do cuidado ao HIV é atravessada pelo chamado "paradoxo do território", no qual a capilaridade da Atenção Primária, embora facilite o acesso geográfico, amplia a vulnerabilidade dos usuários quanto à preservação do sigilo diagnóstico. O medo do estigma social e da discriminação foi identificado como a principal barreira subjetiva, levando muitos usuários a preferirem o atendimento em unidades distantes de sua moradia ou em serviços especializados (SAE), onde o risco de serem reconhecidos por vizinhos é menor. No contexto das equipes, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) emergiu como o ponto de maior tensão ética. Devido à sua dupla inserção como morador da comunidade e trabalhador de saúde, o ACS é frequentemente percebido pelos usuários como um potencial agente de vazamento de informações ou "fofoca", o que gera insegurança no vínculo assistencial.

Em contrapartida, os resultados mostram que os ACS muitas vezes descobrem o diagnóstico de forma indiciária, observando a frequência do usuário na farmácia, o uso de receitas específicas ou através de comentários fragmentados em reuniões de equipe. Para mitigar esses riscos, foram identificadas diversas estratégias de gestão do segredo adotadas por profissionais e usuários. Entre as práticas comuns estão o uso de subterfúgios no acolhimento, como o preenchimento de bilhetes informando a condição sorológica para evitar a fala em voz alta, e a omissão deliberada do diagnóstico em prontuários eletrônicos acessíveis a toda a equipe. Além disso, médicos de família relataram a criação de "fluxos privilegiados" ou agendamentos por meios informais para que o usuário não precise passar pelas etapas convencionais de triagem nas salas de espera. Por fim, os achados evidenciam que a ausência de discussões sistemáticas sobre ética e estigma em processos de educação permanente fragiliza a segurança técnica das equipes.

Interface da Rede e Coordenação do Cuidado

Os resultados indicam que a interface entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Serviços de Atenção Especializada (SAE) constitui um dos maiores desafios operacionais para a consolidação da rede. A análise das evidências revela que essa interação ocorre predominantemente de forma binária e fragmentada, operando mais como uma transferência de responsabilidades do que como um cuidado compartilhado. Na experiência do Rio de Janeiro, embora a APS tenha assumido o papel de coordenadora, os especialistas da atenção secundária relataram um sentimento de isolamento institucional frente à priorização de investimentos no nível primário. O uso do Sistema Nacional de Regulação (SisReg) foi identificado como a principal ferramenta formal de comunicação entre os níveis de atenção.

No entanto, os resultados apontam limitações severas: embora o sistema facilite o agendamento de consultas, ele é percebido como uma barreira burocrática que não permite a troca de informações clínicas ou a discussão de casos entre os profissionais. A ausência de prontuários eletrônicos integrados aprofunda o "vazio de interação", restando ao usuário o papel de transportador manual de informações entre os serviços. A (contra)referência foi descrita como uma "quimera" ou vazio assistencial nas práticas cotidianas. Os achados demonstram que é raro o retorno de guias respondidas pelo SAE para a APS; as equipes de Saúde da Família recebem frequentemente apenas relatos verbais dos usuários ou papéis em branco, gerando insegurança técnica para a manutenção do acompanhamento longitudinal na unidade básica.

Essa falha na comunicação é agravada pelo distanciamento mútuo entre profissionais de diferentes níveis de atenção. Em contrapartida, os resultados apontam o matriciamento e o suporte técnico-pedagógico como dispositivos potenciais para qualificar essa interface, transformando a dúvida clínica em oportunidade de educação permanente e fortalecendo a governança da rede. Tais mecanismos permitem que casos complexos sejam manejados no território com a retaguarda do especialista através de canais de resposta rápida.

DISCUSSÃO

Síntese e Interpretação dos Achados Principais

A interpretação das evidências revela que a descentralização do acompanhamento das pessoas vivendo com HIV para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil não é apenas uma reorganização logística, mas uma mudança profunda no paradigma assistencial do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014; Melo et al., 2018). Historicamente centralizado em especialistas (SAE), o cuidado passa a ser coordenado pela Estratégia Saúde da Família, aproveitando sua capilaridade territorial para ampliar o acesso (Mendes, 2015; Melo et al., 2021). O sucesso observado na expansão do diagnóstico precoce através de testes rápidos demonstra que a política está alinhada às metas globais de controle da epidemia (UNAIDS, 2013; Brasil, 2015).

Contudo, a análise sugere que a eficácia dessa transição é mediada pelo mecanismo do "paradoxo do território" (Maksud et al., 2021; Zambenedetti; Silva, 2016). Enquanto a proximidade do serviço facilita a adesão clínica, ela gera tensões subjetivas relacionadas ao estigma e ao medo da quebra do sigilo perante a comunidade (Maksud et al., 2021; Damião et al., 2022). Esse fenômeno explica a resistência de alguns usuários em serem acompanhados na unidade de sua vizinhança, evidenciando que a gestão do cuidado ao HIV atua como um dispositivo analisador da própria APS, expondo lacunas entre a normativa técnica e a prática ética cotidiana (Melo et al., 2021; Rocha et al., 2022). A superação do isolamento assistencial entre a APS e os especialistas é, portanto, o mecanismo necessário para transformar a

descentralização em uma governança de rede efetiva e integral (Carvalho et al., 2020; Celuppi et al., 2022).

Mecanismos de Gestão e Segurança Técnica

Um dos mecanismos centrais identificados para o sucesso da descentralização é a superação da insegurança clínica das equipes de Saúde da Família (Melo et al., 2021; Lima et al., 2021). A hesitação profissional, frequentemente relatada na APS, não decorre meramente de resistência à mudança, mas da percepção da alta complexidade técnica historicamente atribuída ao HIV (Melo et al., 2021). Nesse contexto, ferramentas como o *Practical Approach to Care Kit* (PACK) atuam como mediadores tecnológicos essenciais: ao simplificar o manejo clínico por meio de fluxogramas baseados em evidências, o PACK transforma uma condição "especializada" em uma doença crônica manejável no território, conferindo a segurança técnica necessária para a iniciação da Terapia Antirretroviral (TARV) e a rotina de exames (Carvalho et al., 2020; Celuppi et al., 2022).

Além da instrumentalização clínica, a governança municipal desempenha um papel indutor fundamental através de dispositivos normativos, como a Carteira de Serviços e o Guia de Referência Rápida (Salazar; Campos; Luiza, 2017; Soranz; Pinto; Penna, 2016). Esses instrumentos não funcionam apenas como manuais técnicos, mas como dispositivos de legitimidade institucional que definem as fronteiras de responsabilidade entre os níveis de atenção (Melo et al., 2021; Brasil, 2015). A clareza nessas atribuições permite a transição de um modelo de "encaminhamento sistemático" para o de "cuidado compartilhado", onde a equipe multiprofissional se apropria do caso clínico (Melo et al., 2021; Carvalho et al., 2020). Complementarmente, o matriciamento e a teleconsultoria devem ser interpretados como estratégias de educação permanente em serviço; eles transformam a dúvida clínica pontual em ganho de competência para o médico de família, mitigando o isolamento assistencial (Rocha et al., 2022; Lima et al., 2021).

O "Vazio de Interação" e os Desafios da Rede

A despeito dos avanços normativos, a interface entre a APS e os Serviços de Atenção Especializada (SAE) permanece como um nó crítico que evidencia a fragmentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Rocha et al., 2022). As evidências demonstram que essa interação ainda opera sob uma lógica binária, na qual a descentralização é percebida mais como uma transferência de encargos do que como um cuidado integrado (Rocha et al., 2022; Melo et al., 2021). O mecanismo que sustenta essa falha é o chamado "vazio de interação": um distanciamento estrutural onde médicos de família e infectologistas pouco se comunicam,

alimentado por uma desconfiança mútua quanto à capacidade clínica e ética de cada nível de atenção (Melo et al., 2021; Rocha et al., 2022).

O Sistema Nacional de Regulação (SisReg), embora tenha reduzido filas históricas, é criticado por funcionar predominantemente como uma barreira burocrática e não como uma ferramenta de comunicação clínica (Rocha et al., 2022; Salazar et al., 2017). A literatura descreve a (contra)referência como uma "quimera", pois o retorno de informações do especialista para a APS é raro, forçando o usuário a assumir o papel de único transportador manual de condutas e exames (Rocha et al., 2022; Melo et al., 2021). Essa desconexão é agravada pela ausência de prontuários eletrônicos integrados, o que inviabiliza a coordenação do cuidado longitudinal e expõe as PVHA a itinerários terapêuticos erráticos (Melo et al., 2021; Rocha et al., 2022). Assim, a eficácia da rede depende da transformação de sistemas de regulação frios em dispositivos de diálogo e do fortalecimento do suporte técnico-pedagógico como prática regular de gestão (Rocha et al., 2022; Mendes, 2015).

A Dimensão Ética e o Paradoxo do Território

A análise das evidências revela que a descentralização para a APS é atravessada pelo "paradoxo do território", um mecanismo no qual a proximidade física do serviço em relação à residência, embora facilite o acesso, intensifica o temor da quebra do sigilo diagnóstico. Diferente dos Serviços Especializados (SAE), que oferecem anonimato pelo distanciamento da vizinhança, a unidade básica insere o cuidado no espaço de circulação social cotidiana, onde o estigma associado ao HIV ainda opera como uma barreira subjetiva severa. Esse fenômeno explica a resistência de muitos usuários em realizar o acompanhamento na unidade de sua referência, optando por itinerários terapêuticos mais longos para evitar processos de exclusão e violência moral na comunidade.

Nesse contexto, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) emerge como o ponto de maior tensão ética na rede. Interpretado como um "profissional de fronteira", a dupla identidade do ACS — morador do bairro e membro da equipe — gera insegurança nos usuários quanto à manutenção do segredo, uma vez que o diagnóstico é frequentemente descoberto de forma indiciária em reuniões de equipe ou na farmácia. As estratégias de gestão do segredo, como o uso de bilhetes informais e a omissão deliberada da condição sorológica em prontuários eletrônicos compartilhados, são respostas artesanais das equipes à ausência de protocolos organizacionais robustos que garantam a segurança ética no território.

Portanto, a integralidade do cuidado na APS não será atingida apenas pela eficácia biomédica, mas exige que o estigma seja reconhecido como um determinante social da saúde. A superação do paradoxo do território demanda investimentos em educação permanente que

transcendam o manejo técnico do vírus e abordem o acolhimento, a diversidade e os direitos humanos. Sem dispositivos de governança que assegurem a privacidade, a descentralização corre o risco de promover uma exposição compulsória que afasta o usuário do vínculo assistencial.

A Governança da Rede e a Integralidade

A descentralização oscila entre a busca pela integralidade e a persistência de uma fragmentação assistencial histórica. Embora a APS tenha sido legalmente designada como coordenadora, a prática demonstra que a interface com os especialistas ainda ocorre sob uma lógica binária de isolamento, na qual os saberes são hierarquizados e os níveis de atenção pouco dialogam (Rocha et al., 2022; Kalichman; Ayres, 2016). A integralidade é fragilizada quando a assistência se restringe ao manejo biomédico da carga viral, negligenciando dimensões subjetivas e sociais essenciais à linha de cuidado (Melo et al., 2021; Damiano et al., 2022). Para uma governança efetiva, é imperativo que os mecanismos de regulação transcendam o agendamento burocrático e operem como dispositivos de integração clínica e compartilhamento de responsabilidades (Rocha et al., 2022; Salazar et al., 2017).

Forças e Limitações do Estudo

A principal força desta revisão reside na aplicação rigorosa das diretrizes metodológicas para a síntese de evidências, permitindo uma visão detalhada dos desafios de implementação da política de saúde (Brasil, 2014; Castro et al., 2019). Entretanto, o estudo enfrenta limitações inerentes à natureza das fontes: a predominância de pesquisas em metrópoles e capitais dificulta a generalização absoluta dos achados para municípios de pequeno porte ou com menor cobertura da Estratégia Saúde da Família (Melo et al., 2018; Carvalho et al., 2020). Adicionalmente, a baixa confiabilidade dos dados secundários provenientes de sistemas nacionais de monitoramento pode mascarar gargalos operacionais específicos vivenciados nos territórios (Melo et al., 2021; Pinho et al., 2020).

CONCLUSÃO

A descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV para a Atenção Primária no Brasil representa uma mudança estrutural e necessária no paradigma assistencial do SUS, deslocando o foco dos serviços especializados para a capilaridade da Estratégia Saúde da Família. O estudo demonstra que o sucesso dessa transição é dependente da instrumentalização das equipes através de guias baseados em evidências, como o kit PACK, que conferem a segurança técnica necessária para o manejo clínico no território. No entanto, a garantia da integralidade assistencial permanece ameaçada pelo "paradoxo do território", fenômeno no qual a proximidade física do serviço amplia as vulnerabilidades éticas relacionadas ao estigma e ao

temor da quebra do sigilo diagnóstico. Conclui-se que a reconfiguração da rede só atingirá seu potencial pleno quando o deslocamento geográfico do cuidado for acompanhado por uma governança que supere o "vazio de interação" entre generalistas e especialistas.

Para a gestão do Sistema Único de Saúde, é imperativo que a descentralização não seja tratada como mera transferência de encargos, mas como um modelo de cuidado compartilhado sustentado pelo matriciamento e suporte técnico-pedagógico permanente. A prática clínica na APS exige a adoção de protocolos organizacionais que protejam a privacidade do usuário, transformando a atuação do Agente Comunitário de Saúde de um ponto de tensão ética em um elo de acolhimento e direitos humanos. Além disso, a implementação de prontuários eletrônicos integrados e a desburocratização de sistemas de regulação, como o SisReg, são medidas urgentes para viabilizar a coordenação do cuidado longitudinal e evitar itinerários terapêuticos fragmentados.

Investigações futuras devem priorizar a escuta das pessoas vivendo com HIV sobre suas experiências de cuidado na Atenção Primária, visando compreender como o estigma institucional afeta a retenção ao tratamento. Recomendam-se, ainda, estudos que avaliem a eficácia das ferramentas de gestão em municípios de pequeno porte e áreas rurais, uma vez que a literatura atual concentra-se predominantemente em grandes centros urbanos e metrópoles. Por fim, é necessário analisar o impacto de novas tecnologias de diagnóstico, como o autoteste, na dinâmica de vínculo e na porta de entrada do sistema de saúde para populações vulneráveis.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para profissionais médicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos**

observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 29 maio 2026.

CARVALHO, V. K. A. *et al.* Shared care for people living with HIV/AIDS in primary care: results of decentralization in Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 15, n. 42, 2066, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2066). Acesso em: 05 maio 2026.

CASTRO, R. R. *et al.* Construct validation: coping with HIV/AIDS in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1237-1246, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0734>. Acesso em: 21 maio 2026.

CELUPPI, I. C. *et al.* Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: revisão de escopo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 571-584, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213322>. Acesso em: 22 jun. 2026.

COSTA, A. S.; ALMEIDA, P. F. Vulnerabilidades e descentralização das ações de cuidado ao HIV/AIDS para a atenção primária à saúde. Nordeste, Brasil, 2019. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, p. 1-19, 2021. Acesso em: 17 maio 2026.

DAMIÃO, J. J. *et al.* Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 163-174, 2022. Acesso em: 08 jun. 2026.

JORDÃO, T. *et al.* Willingness of health care providers to offer HIV self-testing from specialized HIV care services in the northeast of Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 22, 713, 2022. Acesso em: 10 jun. 2026.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, e00183415, 2016. Acesso em: 04 jun. 2026.

LIMA, M. C. L. *et al.* Aspectos diagnósticos e treinamento em serviço na descentralização do cuidado à pessoa vivendo com HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20210065, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>. Acesso em: 30 maio 2026.

MAKSUD, I. *et al.* O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200878, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200878>. Acesso em: 11 maio 2026.

MELO, E. A. *et al.* Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e151, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>. Acesso em: 13 maio 2026.

MELO, E. A. *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, e00344120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>. Acesso em: 20 maio 2026.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Acesso em: 03 jun. 2026.

MORA, C. *et al.* Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 1145-1156, 2015. Acesso em: 07 jun. 2026.

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, 2016. Acesso em: 24 jun. 2026.

PINHO, C. M. *et al.* Avaliação das medidas de controle do HIV na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 8, e3462, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3462.2020>. Acesso em: 19 jun. 2026.

ROCHA, F. *et al.* A interface entre atenção primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E701>. Acesso em: 27 jun. 2026.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, 2017. Acesso em: 28 maio 2026.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016. Acesso em: 09 jun. 2026.

UNAIDS. **90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2013. Acesso em: 06 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update**. Geneva: WHO, 2016. Acesso em: 13 jun. 2026.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>. Acesso em: 14 maio 2026.