



Processo de implantação do atendimento às pessoas vivendo com HIV para a atenção primária à saúde

Implementation process of care for people living with HIV for primary health care

Proceso de implementación de la atención a las personas que viven con el VIH para la atención primaria de salud

Clarissa Mourão Pinho¹, Mônica Alice Santos da Silva¹, Morgana Cristina Leôncio de Lima¹, Débhora Ísis Barbosa e Silva², Juliana da Rocha Cabral¹, Bianca Leal Bezerra¹, Joana D'arc de Oliveira Reis¹, Ana Beatriz Alves de Lima¹, Jéssica Tainã Carvalho dos Santos¹, Maria Sandra Andrade¹

RESUMO

Objetivo: Conhecer o processo de implantação do atendimento às Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) para a Atenção Primária à Saúde (APS) descritas na literatura. **Revisão bibliográfica:** Verifica-se que o processo de descentralização no Brasil ainda é algo incipiente, contudo, a construção de linhas do cuidado destinadas a PVHIV possibilita a integralidade do cuidar a estas pessoas. Desse modo, acredita-se que tal mudança possibilitará a melhoria da assistência prestada, bem como a continuidade desta. Pontua-se como potencialidades do processo: o aumento do diagnóstico precoce, maior acessibilidade, vínculo entre profissional-paciente, início do tratamento em tempo oportuno e adesão ao tratamento. Como fragilidades, evidencia-se a falta de estrutura física, déficit de recursos humanos, escassez de capacitação profissional, ausência de materiais e insumos e medo acerca da quebra do sigilo. **Considerações finais:** A implementação do modelo de atenção à saúde poderá proporcionar a continuidade da assistência, com a promoção do vínculo e otimização das ações voltadas à educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, sendo possível um maior controle da infecção pelo HIV.

Palavras-chaves: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the implementation process of care for People Living with the Human Immunodeficiency Virus (PLHIV) for Primary Health Care (PHC) described in the literature. **Bibliographic review:** It appears that the decentralization process in Brazil is still incipient, however, the construction of lines of care aimed at PLHIV enables comprehensive care for these people. Thus, it is believed that such a change will enable the improvement of the care provided, as well as its continuity. The potentialities of the process include: increased

¹Universidade de Pernambuco (UPE)/Programa Associado de Pós-graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba (UPE/UEPB), Recife, Pernambuco - PE.

²Hospital Otávio de Freitas, Recife, Pernambuco - PE.

early diagnosis, greater accessibility, professional-patient bonding, timely initiation of treatment, and adherence to treatment. As weaknesses, the lack of physical structure, deficit of human resources, lack of professional training, lack of materials and inputs and fear about breach of secrecy are evident. **Final considerations:** The implementation of the health care model can provide continuity of care, with the promotion of bonding and optimization of actions aimed at health education, prevention, diagnosis and treatment of HIV, making it possible to have greater control of HIV infection.

Keywords: HIV, Acquired immunodeficiency syndrome, Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el proceso de implementación de la atención a las Personas que Viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (PVVIH) para la Atención Primaria de Salud (APS) descrito en la literatura. **Revisión bibliográfica:** Parece que el proceso de descentralización en Brasil aún es incipiente, sin embargo, la construcción de líneas de atención dirigidas a las PVVIH posibilita la atención integral a estas personas. Por lo tanto, se cree que tal cambio permitirá mejorar la atención brindada, así como su continuidad. Las potencialidades del proceso incluyen: mayor diagnóstico precoz, mayor accesibilidad, vínculo profesional-paciente, inicio oportuno del tratamiento y adherencia al tratamiento. Como debilidades se evidencian la falta de estructura física, déficit de recursos humanos, falta de formación profesional, falta de materiales e insumos y el temor al quebrantamiento del secreto. **Consideraciones finales:** La implementación del modelo de atención a la salud puede proporcionar continuidad en la atención, con la promoción del vínculo y la optimización de acciones dirigidas a la educación en salud, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, posibilitando un mayor control de la infección por VIH.

Palabras clave: VIH, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Primeros auxilios.

INTRODUÇÃO

Em 2014, o Ministério da Saúde propôs uma alteração no modelo de atendimento às Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV), considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora do atendimento e os Serviços de Assistência Especializada (SAE) como unidades de matriciamento para a APS (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017b).

Com vistas ao processo de descentralização do atendimento às PVHIV para APS, o Ministério da Saúde recomenda como atividades a serem desenvolvidas: a ampliação do diagnóstico através da testagem rápida, acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARV), estratificação dos pacientes em assintomáticos e sintomáticos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a).

Pacientes assintomáticos são aqueles que não apresentam sinais e sintomas relacionados à doença e seriam acompanhados na APS. Os sintomáticos são os que apresentam manifestações clínicas relacionadas à imunodeficiência decorrente da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Assim, os sintomáticos, os coinfectados, as gestantes, crianças e indivíduos com algum tipo de resistência medicamentosa deverão ser referenciados aos SAE (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018a).

Ressalta-se que, apesar dessas orientações, o paciente tem o direito de escolher onde deseja receber seu atendimento. O cuidado na APS engloba: o diagnóstico, a oferta da terapia antirretroviral (TARV), exames como contagem de linfócitos TCD4 e carga viral (CV) Além disso, deve ser ofertado qualificação profissional com capacitação presenciais e à distância, bem como suporte técnico pelos serviços matriciais a aqueles que compõem a atenção básica (BRASIL, 2017c).

Recomenda-se a adoção do modelo de assistência conhecido como prevenção combinada, que envolve intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, também chamadas de prevenção combinada. As intervenções comportamentais compreendem estratégias que aumentam a informação e a percepção do risco à exposição do HIV. Tais medidas incluem: práticas voltadas ao uso consistente do preservativo, a realização

do teste para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), redução de danos, vinculação aos serviços de saúde, dentre outros (BRASIL, 2017c).

As intervenções biomédicas são aquelas estratégias voltadas à redução dos riscos de exposição, essa pode ser dividida em intervenções biomédicas clássicas, que consiste nos métodos de barreira física ao vírus, como por exemplo a distribuição de preservativos, distribuição de gel lubrificante, testagem para o HIV e outras IST, Profilaxia Pré-exposição (PrEP), Profilaxia Pós-exposição (PEP) e o tratamento das IST (BRASIL, 2017d).

As intervenções estruturais estão voltadas para ações de combate a fatores e condições socioculturais que influenciam na vulnerabilidade do indivíduo ou grupos sociais. Essas ações estão direcionadas ao enfrentamento do racismo, sexismo, homofobia e na promoção dos direitos humanos através de campanhas educativas e de conscientização (BRASIL, 2017d).

Evidencia-se que o processo de descentralização do atendimento às PVHIV, no Brasil, ainda é incipiente. Observa-se que a APS se concentra principalmente na realização de testes rápidos, sendo a assistência ainda centrada nos SAE. Destaca-se que embora a oferta desse serviço seja essencial para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, a descentralização do atendimento às PVHIV para APS é uma medida mais ampla (ARAÚJO WJ, et al., 2018; LIMA MCL, et al., 2021a; LIMA MCL, et al., 2021b).

Desse modo, de acordo com a literatura internacional, evidencia-se que o processo de descentralização do atendimento às PVHIV para APS possibilitou o aumento da testagem e cobertura aos TARV, redução das distâncias percorridas e dos custos com transporte e alimentação, por exemplo (ONWUJEKWE O, et al., 2016; ABONGOMERA G, et al., 2017).

Diante deste contexto, o presente estudo trata-se de uma revisão narrativa, que teve como objetivo conhecer a implantação do atendimento às Pessoas Vivendo com HIV para a APS descritas na literatura.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trata-se uma revisão narrativa parte de uma tese de doutoramento em enfermagem, intitulada: “Construção e validação de um instrumento de avaliação do processo de descentralização do atendimento às Pessoas Vivendo com HIV para Atenção Primária à Saúde” do Programa associado em pós-graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba. Para isso, tal revisão foi subdividida em três eixos.

Contexto histórico-político do HIV e implantação dos Serviços de Assistência Especializada ao HIV/Aids no Brasil

Na década de 80, nos Estados Unidos da América, teve o início a identificação da infecção pelo HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), afetando inicialmente homens jovens, homossexuais. A doença se destacava pelo comprometimento do sistema imunológico, resultando no surgimento de doenças oportunistas (GRECO DB, 2016).

Além dos homossexuais, a doença predominava em profissionais do sexo (em inglês chamados de Hookers), hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de drogas injetáveis), denominados de “5H’s”, estes eram classificados também como “grupos de risco”. Tais aspectos marcam o início do estigma e preconceito voltados ao HIV, como também, a luta pelos direitos humanos, sexuais, reprodutivos e da saúde das PVHIV (BANDEIRA AGO, 2014).

Ainda, em São Paulo, em meados dos anos 80, foi diagnosticado o primeiro caso de HIV no Brasil (MARQUES MCC, 2002). Em 1983, foi elaborado o primeiro programa governamental de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids no estado de São Paulo, este instituiu a Vigilância Epidemiológica, garantia de atendimento às pessoas diagnosticadas com HIV, orientações a profissionais de saúde, dentre outras medidas (VILLARINHO MV, 2013). Em 1985, foi criado o Programa de Controle da Aids, através da Portaria nº 236 GM/MS, como também, neste mesmo ano, foi fundada a primeira Organização Não-

Governamental (ONG) chamada Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) (CASTRO-SILVA CR, et al., 2007). Em 1986, a Aids foi acrescentada no rol das doenças de notificação compulsória através da Portaria nº 542 GM/MS, sendo sua notificação obrigatória até os dias de hoje (BRASIL, 1986).

Em 1987, um marco significativo foi a introdução da Zidovudina (AZT), o que proporcionou uma mudança no tratamento global do HIV, uma vez que tal medicamento foi capaz de proporcionar maior sobrevida daqueles que conviviam com HIV, bem como um aumento da perspectiva de vida destas pessoas (NUNES AA, et al., 2015). Neste mesmo ano, foi implementada a prática de realizar exames sorológicos para HIV nos bancos de sangue, ofertado pelos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), sendo estes fornecidos de modo gratuito, confidencial e anônimo (BRASIL, 2008).

No ano de 1988, foi instituído o Programa Nacional de DST/Aids no país, vinculado ao Ministério da Saúde. Este tinha como objetivo desenvolver estratégias voltadas ao combate do HIV/Aids, sendo reconhecido tanto no âmbito nacional quanto internacional pelo sucesso alcançado, principalmente devido ao acesso universal e gratuito aos ARV (SZWARCOWALD CL e CASTILHO EA, 2011; MONTEIRO AL, 2009; TEMPORÃO JG, 2008).

Em 1994, tiveram início as atividades de capacitação das equipes que iriam atuar e administrar os SAE. Neste mesmo ano, também foram aprovados os hospitais-dia, por meio das Portarias nº 93 GS/MS e nº 130 GS/MS. Contudo, apenas em 1996, o Ministério da Saúde apresentou um diretório com 33 SAE em todo o país (BRASIL, 2000; BRASIL, 2010a). Esses serviços ambulatoriais são destinados ao tratamento de PVHIV, sendo compostos por equipes multiprofissionais, nas quais oferecem uma abordagem integral que inclui: acolhimento, exames de diagnósticos, aconselhamento pré e pós-testagem, reprodutivo, educação em saúde, administração de medicações injetáveis, dentre outros (BRASIL, 2012). É ofertado às PVHIV atendimento médico com infectologista, consulta de enfermagem, odontológica e psicológica. Ainda, fornecem a distribuição, orientação e apoio aos ARV, realização e monitoramento de exames, como por exemplo: contagem de linfócitos TCD4 e CV, distribuição de preservativos e notificação dos casos (BRASIL, 2000; BRASIL, 2010a).

Em 1996, a Lei 9.313 foi decretada, esta garante a distribuição gratuita dos medicamentos ARV pelo SUS, com a padronização e atualização anual de novos medicamentos disponíveis (BRASIL, 1996). Em 1999, foi estabelecida a Política Nacional de DST/HIV/Aids (atualmente chamada de Política Nacional de Infecção Sexualmente Transmissível – IST/HIV/Aids), com três objetivos, sendo eles: redução da incidência da infecção pelo HIV/Aids e outras IST; ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento e assistência; fortalecimento das instituições públicas e privadas no controle das IST/HIV/Aids (BRASIL, 1999).

Em 2000, a testagem rápida para o HIV foi incorporada na APS (BRASIL, 2008). Devido aos custos dos ARV, em 2007, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório do Efavirenz, sendo este fabricado, em 2009, pelo laboratório Farmanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz (RODRIGUES WC e SOLER O, 2009).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde lançou o Protocolo clínico e terapêutico para adultos vivendo com HIV/Aids. Neste protocolo, ficou determinado o início imediato da TARV a todos aqueles diagnosticados com HIV, com o seguinte esquema: Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz, unificado em apenas um único comprimido (BRASIL, 2013a).

Em 2017, por meio da nota informativa nº 007, do Ministério da Saúde, ocorreu uma alteração no esquema terapêutico de primeira linha, anteriormente citado, para Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir, agora em dois comprimidos. Tal mudança é justificada pela menor incidência de efeitos adversos relacionados ao Dolutegravir, quando comparado ao Efavirenz, proporcionando esquemas mais seguros e sustentáveis (BRASIL, 2017g). Entretanto, inserido nesse contexto, vale mencionar a forte influência das mudanças no contexto histórico-político-gerencial em virtude dos impactos da Covid-19 sobre a população e a organização dos serviços de saúde a partir de 2020. Deve ser feita uma consideração sobre a consequência da pandemia nas políticas públicas com prejuízo na formação de redes que permitiram a descentralização do cuidado em HIV (ALVES BL, et al., 2022).

Processo de implementação do manejo da infecção pelo HIV para a Atenção Primária à Saúde

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, define a Atenção Básica à Saúde como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta desempenha o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, ofertando ações e serviços de saúde de modo integral e gratuito a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território (BRASIL, 2017a).

Com o objetivo de enfrentar as doenças crônicas, também foram criadas as linhas de cuidado. Estas são definidas como fluxos assistenciais seguros que garantem atenção às necessidades do usuário (SILVA NEK, et al., 2016; SILVA SF, 2013). A criação das linhas de cuidado destinadas às PVHIV organiza as relações e o processo de trabalho entre os diferentes pontos da RAS, de modo a garantir o atendimento das necessidades da saúde da população de maneira integral (BRASIL, 2014; KALICHMAN AO e AYRES JRC, 2016).

A criação das linhas de cuidado para PVHIV é justificada pela ampla disseminação dos testes rápidos nos serviços de saúde, especialmente na APS. Além disso, a adoção de estratégias voltadas a prevenção combinada e esquemas eficazes e simplificados de ARV contribui para a redução da mortalidade e o aumento da sobrevida das PVHIV. Diante disso, faz-se necessário a readequação do modelo assistencial e a descentralização com ênfase na APS (BRASIL, 2017g).

A testagem para IST/HIV na APS deve ser ofertada a todas as pessoas que busquem o serviço. O aconselhamento deve ser oferecido de forma espontânea e natural, livre de julgamentos e preconceitos, visando estabelecer um vínculo de confiança entre profissional de saúde e usuário. É a partir do aconselhamento que se torna possível identificar situações de vulnerabilidade e trabalhar na adoção de práticas mais seguras. Isso contribui para uma abordagem mais holística e eficaz na prevenção e tratamento do HIV e IST (SES-RS, 2018). Além disso, devem ser adotadas estratégias de prevenção combinada, esquemas ARV eficazes e simplificados, favorecendo a adesão medicamentosa e gerando a diminuição da mortalidade e aumento da sobrevida das PVHIV. Nesta perspectiva, faz-se necessário a readequação do modelo assistencial, com ênfase na APS (BRASIL, 2017g).

Desse modo, em 2017, foram pactuados cinco passos para efetivação das linhas de cuidado às PVHIV na APS, sendo elas: realizar o diagnóstico situacional, reestruturar a rede de atenção das PVHIV, elaborar o plano local de educação permanente, desenhar as linhas de cuidado, submeter a proposta à aprovação do conselho de saúde. O diagnóstico situacional tem como objetivo verificar o panorama da rede atual, bem como as dificuldades e potencialidades. Para isso, faz-se necessário o reconhecimento do perfil demográfico (população geral, população feminina e masculina, menores de 13 anos, número de gestantes, população chave) e epidemiológico do território (casos de HIV/Aids notificados, gestantes com HIV, Aids em menores de 5 anos, mortalidade por aids, estratificação dos casos, pessoas em tratamento para HIV, casos de coinfeção HIV-Tuberculose, dentre outros (BRASIL, 2017h).

Quando se trata da reestruturação da rede de atendimento, é essência identificar quais unidades serão integradas a essa linha de cuidado, também determinar quais unidades serão responsáveis pelo diagnóstico e acompanhamento das PVHIV. A estratificação de risco é crucial, bem como a oferta de exames como: contagem de linfócitos TCD4, CV, sendo criados novos pontos de coletas ou aprimorando os existentes. As unidades devem dispor de formulários para dispensação de ARV nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e/ou estabelecer novas UDM, visando, assim, à integralidade do cuidado a estes indivíduos (BRASIL, 2017h).

Recomenda-se também a elaboração de um plano local de educação permanente em saúde, proporcionando suporte técnico para os profissionais de saúde por meio de ações como: estágios supervisionados, consultas compartilhadas, grupos de treinamentos, interconsultas com a APS e o SAE, espaços para discussões. Considerando as linhas de cuidado para PVHIV, o Ministério da Saúde elaborou algumas, como por exemplo: linha de cuidado para adultos HIV, gestantes HIV, crianças expostas e crianças

infectadas pelo HIV. Estas etapas devem ser submetidas à avaliação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, sendo garantido assim o envolvimento e a participação da comunidade nas decisões relacionadas ao cuidado a saúde (BRASIL, 2017h).

A reorganização do modelo de atendimento às PVHIV é justificado pela transformação do HIV em uma doença crônica nos dias atuais, graças à eficácia da TARV e ao aumento da expectativa de vida dos pacientes. Nesta perspectiva, a descentralização do atendimento às PVHIV é relevante, pois, por meio da reestruturação da rede de atenção à saúde e da definição de fluxos de atendimento, é possível prevenir a propagação do HIV e de outras IST. Com uma rede de atendimento estruturada e fluxos bem definidos, é possível abordar de maneira eficiente a prevenção do HIV e IST, garantindo o diagnóstico precoce e tratamento adequado. Isso não apenas beneficia as PVHIV, mas também melhora a saúde pública como um todo (PRADO-TORRES A, et al., 2014; ONI T, et al., 2014).

Processo de descentralização do atendimento às Pessoas Vivendo com HIV para Atenção Primária à Saúde: potencialidades e fragilidades

A introdução da testagem rápida foi apenas o ponto de partida no processo de descentralização do atendimento ao HIV na APS, que na verdade envolve mudanças mais abrangentes. A justificativa para essa mudança reside no perfil atual das PVHIV, a evolução e simplificação dos ARV, o que torna insuficiente o atendimento centrado somente nos serviços especializados, abrindo caminhos para um modelo assistencial compartilhado entre a atenção primária e secundária (BRASIL, 2015b).

Diante deste contexto, a APS ganha uma importância primordial ao atendimento às PVHIV, pois fornece o vínculo terapêutico, fortalecendo laços interpessoais e permite avaliar e identificar fatores de risco para outros agravos (BRASIL, 2015b). Observa-se que a partir da inserção do atendimento às PVHIV na APS será possível atingir a ampliação do acesso, construção de vínculo entre profissionais de saúde e profissional e um direcionamento mais preciso de acordo com as necessidades individuais, dentro da RAS (ZAMBENEDETTI G e SILVA RAN, 2016; COELHO B e MEIRELLES BHS, 2019).

São mencionados na literatura potencialidades e fragilidades acerca do processo de descentralização do atendimento às PVHIV APS. Estudos tem focado na associação entre a testagem rápida e o processo de descentralização, pois a integração dos testes rápidos na rotina da APS possibilita ampliar o acesso e alcançar o diagnóstico precoce. Verifica-se estudos voltados à associação da testagem rápida e ao processo de descentralização (MELO EA, et al., 2021; LIMA MCL, et al., 2021a).

A territorialização é apontada como fator facilitador para a realização do teste rápido, posto que não é necessário o deslocamento dos usuários para outros estabelecimentos (ZAMBENEDETTI G e SILVA RAN, 2015). Revela-se, em estudos internacionais, a redução dos custos com transporte e alimentação e redução de espera. Além do mais, observa-se o aumento da cobertura da TARV, aumento da contagem de linfócitos TCD4, diminuição das distâncias percorridas pelos pacientes até os centros especializados e a redução no número de faltas às consultas (BILINSKI A, 2017; LINES M e SULEMAN F, 2017).

No entanto, verifica-se que, no processo de descentralização do atendimento, ainda é necessário vencer entraves para o êxito da reorganização dos serviços de saúde (LIMA MCL, et al., 2021b). Acerca das fragilidades, pontua-se a falta de estrutura física para execução do aconselhamento e testagem rápida, ausência de capacitação profissional, materiais e insumos, como por exemplo, materiais educativos, tais como: folders, cartazes, camisinha feminina, o que reflete negativamente na qualidade da assistência (ARAÚJO WJ, et al., 2018).

Constata-se que muitas vezes apenas os enfermeiros realizam as capacitações e executam o teste rápido, o que gera aumento da demanda de trabalho, bem como a interrupção de tal atividade no serviço, prejudicando a assistência (LIMA MCL, et al., 2021b; ARAÚJO WJ, et al., 2018). Além disso, menciona-se a rotatividade de funcionários, sendo este um aspecto prejudicial à assistência, pois limita a criação do vínculo entre paciente-profissional (BONES ROCHA K, et al., 2018; ARAÚJO WJ, et al., 2018; ZAMBENEDETTI G e SILVA, 2016; PHANUPHAK LO, 2015).

A restrição da testagem rápida apenas para gestantes é outro ponto destacado na literatura (ZAMBENEDETTI e SILVA NEKE, 2016; SILVA ITS, et al, 2017; ARAÚJO WJ, et al., 2018). A manutenção da testagem rápida para gestantes é algo indiscutivelmente importante para a redução da transmissão vertical. No entanto, ampliar o acesso ao diagnóstico em população geral é extremamente relevante. Recomenda-se oferecer a testagem rápida a demanda espontânea, permitindo o acolhimento de todos os usuários que buscam o serviço, bem como facilitando ações de prevenção, promoção e diagnóstico em tempo oportuno (DOMINGUES RMS, et al., 2015; SILVA ITS, et al., 2017; BRASIL, 2018a).

O aconselhamento e a comunicação do diagnóstico são considerados uma situação complicada, angustiante, que causa ansiedade, sendo mencionados a necessidade e a ausência de suporte pelos serviços matriciais (ZAMBENEDETTI G e SILVA RAN, 2016; ARAÚJO WJ, et al., 2018; COLAÇO AD, et al., 2019; LIMA MCL, et al., 2021b). Diante deste contexto, é fundamental que neste momento não haja preconceitos e julgamentos por parte dos profissionais de saúde, mas sim, o diálogo sobre as práticas de risco, métodos de prevenção, cessação de dúvidas e orientação acerca do tratamento (BRASIL, 2017b; BONES ROCHA K, et al, 2016; ARAÚJO WJ, et al., 2018).

O acesso, estigma e confidencialidade são fatores que geram debates significativos por comprometer o acesso e a qualidade do cuidado recebido no SUS, principalmente a APS, visto que as unidades estão inseridas dentro da comunidade na qual os pacientes residem, fragilizando o vínculo por insegurança e incerteza na quebra do sigilo entre os profissionais que compõem o serviço (ZAMBENEDETTI G e SILVA RAN, 2015; DAMIÃO JJ, et al., 2022; MELO EA, et al., 2021). Isso contribui para o desejo de muitos pacientes continuarem a recebendo atendimento dos SAE, por serem mais distantes de suas residências (MELO EA, et al., 2018; COLAÇO AD, et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do funcionamento do sistema de atenção as PVHIV é essencial, visto que muitas vezes estes pacientes são condicionados a peregrinações na tentativa de respostas aos seus problemas dentro do sistema de saúde. A descentralização do atendimento às PVHIV para APS poderá proporcionar a continuidade da assistência, promovendo o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, aprimorando ações de educação em saúde, promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, potencializando um melhor controle da infecção pelo HIV. As linhas de cuidado destinadas às pessoas vivendo com HIV podem auxiliar no processo de implementação do manejo da infecção pelo HIV para a APS e proporcionar o atendimento de maneira integral. Entretanto, é importante reconhecer que existem barreiras, que se tornam desafios para a consolidação do processo e reorganização dos serviços de saúde. Investimentos adicionais são necessários para estruturar as unidades básicas de saúde, qualificar profissionais e fornecer apoio matricial. Superar tais desafios é fundamental para criar um sistema de saúde que oferte às PVHIV um atendimento completo e eficaz, bem como promover a implementação bem-sucedida da descentralização do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa associado de pós-graduação em enfermagem da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba.

REFERÊNCIAS

1. ABONGOMERA G, et al. Impact of decentralization of antiretroviral therapy services on HIV testing and care at a population level in Agago District in rural Northern Uganda: results from the Lablite population surveys. *International Health*. 2017; 9(2): 91–99.
2. ALVES BL, et al. Care for People Living With HIV/AIDS in Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro: an implementation evaluation. *Saúde Debate*. 2022; 46(7): 31-47.

3. ARAÚJO WJ, et al. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(supl 1): 631–636.
4. BANDEIRA AG. O envelhecimento e a prevenção do HIV/AIDS: um desafio para os profissionais de saúde. *Ciência & Saúde*. 2014; 7(3): 115.
5. BILINSKI A, et al. Distance to care, enrollment and loss to follow-up of HIV patients during decentralization of antiretroviral therapy in Neno District, Malawi: A retrospective cohort study. *PLOS ONE*. 2017; 12(10): e0185699.
6. BONES ROCHA K, et al. Counselling through the perspective of professionals of primary health care: challenges of decentralization of rapid test for HIV/Aids. *Ciencias Psicológicas*. 2018; 12(1):67-78.
7. BRASIL. Alternativas assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede SAE. 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf. Acessado em 10 de março de 2023.
8. BRASIL. Cinco passos para implantação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica. 2014. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/95_1a77b46bf180de3257b89a1e010b2324. Acessado em 07 de março de 2023.
9. BRASIL. Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013. Acessado em: 04 de abril de 2023.
10. BRASIL. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes. Brasília – DF. 1999; 1: 90p.
11. BRASIL. Portaria nº2.436, 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). 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em: 03 de maio de 2023.
12. BRASIL. Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017. Altera os critérios de definições de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acessado em: 03 de maio de 2023.
13. BRASIL. Portaria nº77 de 12 de janeiro de 2012. Dispõe no artigo 1º. que compete às equipes de Atenção Básica realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acessado em: 12 de março de 2023.
14. BRASIL. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília – DF. 2018; 1: 978-85-334-2585-9.
15. BRASIL. Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Guia para grupos locais. Brasília – DF. 2017; 1: 40p.
16. BRASIL. Prevenção Combinada do HIV. Brasília – DF. 2017; 1: 123p.
17. BRASIL. Nota informativa nº 007/2017 – DDAH/SVS/MS. 2017. Disponível em: [http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0072017-ddahv-svs-ms#:~:text=Retifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA,DRV\)%20a%20p%20de%202017](http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0072017-ddahv-svs-ms#:~:text=Retifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA,DRV)%20a%20p%20de%202017). Acessado em: 10 de abril de 2022.
18. BRASIL. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. 2012; 1: 978-85-334-1941-4.
19. BRASIL. Cinco passos para a implantação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Manual para profissionais de saúde. Brasília – DF. 2017; 1: 32p.
20. BRASIL. Cuidado Integral às pessoas vivendo com HIV pela atenção básica. Manual para equipe multiprofissional. Brasília – DF. 2015; 1: 978-85-334-2500-2.
21. BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2013; 1: 978-85-334-2640-5.
22. BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2018; 1: 978-85-334-2640-5.
23. BRASIL. Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica. Brasília – DF. 2017; 1: 60p.
24. BRASIL. Contribuição dos Centros de Testagem e Aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. 2008; 11(1): 108p.
25. CASTRO-SILVA CR, et al. Igualdades e dessimetrias: a participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. *Psicologia & Sociedade*. 2007; 19(2): 79–88.

26. COELHO B, MEIRELLES BHS. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(5): 1341–1348.
27. COLAÇO AD, et al. Care for the person who lives with HIV/AIDS in primary health care. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2019; 28: e20170339.
28. DAMIÃO JJ, et al. Caring for People Living with HIV/Aids in Primary Health Care: a new agenda for facing vulnerabilities?. *Saúde Debate*. 2022; 46(132): 163-74.
29. DOMINGUES RMSM, et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. *BMC Infectious Diseases*. 2015; 15(1): 100.
30. GRECO DB. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(5): 1553–1564.
31. KALICHMAN AO, AYRES JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016; 32(8): e00183415.
32. LIMA MCL, et al. Perception of nurses about the decentralization process of HIV/Aids care: rapid test. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(4): e20200428.
33. LIMA MCL, et al. Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021; 55: e20210065.
34. LINES M, SULEMAN F. Patients’ perceptions of a rural decentralised anti-retroviral therapy management and its impact on direct out-of-pocket spending. *African Health Sciences*. 2017; 17(3): 746-752.
35. MARQUES, M. C. DA C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinho*. 2002; 9(suppl): 41–65.
36. MELO EA, et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(12): e00344120.
37. MELO EA, et al. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018; 42.
38. MONTEIRO AL, VILLELA WV. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*. 2009; 9 (17): 25-45.
39. NUNES AA, et al. Profile analysis of patients with HIV/AIDS hospitalized after the introduction of antiretroviral therapy. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10): 3191–3198.
40. ONI T, et al. Chronic diseases and multi-morbidity - a conceptual modification to the WHO ICC model for countries in health transition. *BMC Public Health*. 2014; 14(1): 575.
41. ONWUJEKWE O, et al. Investigating client perception and attitude to decentralization of HIV/ AIDS treatment services to primary health centres in three Nigerian states. *Health Expectations*. 2016; 19(5): 1111–1120.
42. PRADO-TORRES A, et al. Multimorbidity patterns: a systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014; 67 (3): 254–66.
43. PHANUPHAK P, LO YR. Implementing early diagnosis and treatment: programmatic considerations. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2015; 10(1): 69–75.
44. RODRIGUES WCV, SOLER O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2009; 26(6): 553-9.
45. SILVA ITS, et al. Mapping the implementation of the rapid HIV test in the Family Health Strategy: the nurses’ perspective. *Escola Anna Nery*. 2017; 21(4): e20170019.
46. SILVA NEKE, et al. Between flows and therapeutic projectics: revisiting the notions of lines of care in health and therapeutic itineraries. 2016; 21(3): 843–851.
47. SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde – Desafio da Regionalização no SUS. *Campinas: Saberes*. 2013; 2: 117p.
48. SZWARCOWALD CL, CASTILHO EA. The HIV/AIDS epidemic in Brazil: three decades. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(suppl 1): s4–s5.
49. TEMPORÃO JG. Editorial. In. *Brasil MS. Resposta Positiva: A experiência do Programa Brasileira de DST e AIDS*. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/resposta_2008.pdf. Acessado em: 10 de março de 2023.
50. VILLARINHO MV, et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(2): 271–277.
51. ZAMBENEDETTI G, SILVA RAN da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(3): 785–806.
52. ZAMBENEDETTI G, SILVA RAN da. 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.