

DIAGNÓSTICO TARDIO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES ASSOCIADOS, OPORTUNIDADES PERDIDAS E DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

LATE HIV DIAGNOSIS IN PRIMARY HEALTH CARE: ASSOCIATED FACTORS, MISSED OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR EARLY DIAGNOSIS

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-017>

Kaiki Pereira da Silva Caetano

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário de Fernandópolis – UNIFEF

E-mail: kaikienfef@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0853-9450>

Andréia Coelho Alves Mancini

Acadêmica de Medicina

E-mail: andymancinimed@gmail.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1258-2212>

Maria Cleia Pereira Fiuza

Biomédica e acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: cleiafiuza8@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5910-1530>

Marcos Paulo Pereira Alves

Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: marcospauloalves1978@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9725-6000>

Igor Gomes de Melo Araújo

Graduando em Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: Igorgmesma@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0031-0019>

Daniel Borges Barbosa Santos

Acadêmico de Medicina do Unisalesiano

E-mail: danielborges_89@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7178-9105>

Vinícius Soares Mitouso

Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil

E-mail: viniciusmitouso@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1282-8755>

Daniele Mendonça de Sousa

Graduanda em Medicina pela Universidade Brasil

E-mail: daniely.mendonca@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3246-5715>

Ricardo Burato Dias

Mestre em Educação pela Universidade de Brasília – UNB, 2024

E-mail: rburatodias@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3841-4906>

Alessandra Cristiane Alves do Nascimento

Enfermeira pelo UNISALESIANO

E-mail: profalessandran@outlook.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6315-4832>

Noedi Leoni de Freitas

Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil

E-mail: leonirp@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3231-2717>

Wagner Rafael da Silva

Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil – UB

E-mail: wagner.silva@ub.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0952-4877>

Priscila Fernandes Martins

Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

E-mail: fernandespri@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2644-1211>

Vinicius de Lima Lovadini

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

Resumo

O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV permanece como desafio relevante para a saúde pública, mesmo diante da ampla disponibilidade de testes rápidos, terapia antirretroviral e estratégias de prevenção combinada no Sistema Único de Saúde. Este capítulo objetiva analisar os fatores associados ao diagnóstico tardio do HIV, as oportunidades perdidas para sua detecção nos serviços e o papel da Atenção Primária à Saúde na ampliação do diagnóstico precoce. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, fundamentada em documentos oficiais do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e UNAIDS, além de estudos nacionais e internacionais sobre testagem, diagnóstico tardio, vulnerabilidades e organização da assistência. As evidências indicam que o atraso diagnóstico resulta da interação entre baixa percepção de risco, estigma, desigualdades sociais e territoriais, barreiras de acesso, oferta insuficiente de testagem e falhas no reconhecimento de condições clínicas indicadoras. Observa-se ainda que parte das pessoas diagnosticadas em estágios avançados havia mantido contatos prévios com serviços de saúde sem que a possibilidade de infecção fosse investigada, caracterizando oportunidades perdidas. A Atenção Primária apresenta potencial estratégico para modificar esse percurso por meio da longitudinalidade, do vínculo, da

testagem oportuna, da prevenção combinada e da coordenação do cuidado. Conclui-se que a redução do diagnóstico tardio exige normalização da testagem, qualificação das equipes, enfrentamento do estigma e integração efetiva entre Atenção Primária, vigilância e serviços especializados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico Precoce; HIV; Sistema Único de Saúde; Testagem.

Abstract

Late diagnosis of HIV infection remains a relevant public health challenge despite the broad availability of rapid tests, antiretroviral therapy and combination prevention strategies within the Brazilian Unified Health System. This chapter aims to analyze factors associated with late HIV diagnosis, missed opportunities for detection in health services and the role of Primary Health Care in expanding early diagnosis. This is a narrative literature review based on official documents from the Brazilian Ministry of Health, the World Health Organization and UNAIDS, as well as national and international studies addressing HIV testing, late diagnosis, vulnerabilities and organization of care. Evidence indicates that delayed diagnosis results from the interaction of low risk perception, stigma, social and territorial inequalities, access barriers, insufficient testing offer and failures to recognize clinical indicator conditions. Part of the population diagnosed at advanced stages had previously contacted health services without HIV infection being investigated, which characterizes missed opportunities. Primary Health Care has strategic potential to change this pathway through longitudinal care, bonding, timely testing, combination prevention and care coordination. It is concluded that reducing late diagnosis requires normalization of HIV testing, professional qualification, reduction of stigma and effective integration among Primary Health Care, surveillance and specialized services.

Keywords: Early Diagnosis; HIV; Primary Health Care; Testing; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana permanece como importante problema de saúde pública, embora sua trajetória tenha sido profundamente modificada pela ampliação da testagem, pelo acesso à terapia antirretroviral e pelo desenvolvimento de tecnologias preventivas. O tratamento oportuno reduziu a morbimortalidade, ampliou a expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV e transformou a infecção em condição crônica passível de acompanhamento longitudinal. Ao mesmo tempo, a supressão

viral sustentada passou a integrar a própria estratégia de prevenção, uma vez que pessoas em tratamento com carga viral indetectável não transmitem sexualmente o HIV (Brasil, 2024; UNAIDS, 2025).

Os avanços alcançados, entretanto, não eliminaram o problema do diagnóstico tardio. Ainda são identificadas pessoas somente após comprometimento imunológico importante, aparecimento de infecções oportunistas ou necessidade de hospitalização. Nesses casos, perde-se parte do benefício proporcionado pelo início precoce da terapia antirretroviral e amplia-se o período em que a pessoa permanece sem conhecer sua condição sorológica. O atraso diagnóstico também produz repercussões coletivas, pois posterga intervenções de prevenção, aconselhamento e interrupção de cadeias de transmissão.

O diagnóstico tardio não deve ser interpretado exclusivamente como consequência de uma decisão individual de não realizar o teste. A literatura demonstra que o fenômeno é condicionado por múltiplas dimensões, incluindo baixa percepção de vulnerabilidade, estigma, discriminação, desigualdades sociais, dificuldades de acesso, barreiras territoriais e práticas assistenciais que restringem a oferta de testagem a grupos previamente classificados como de maior risco. A organização dos serviços também exerce influência, sobretudo quando consultas anteriores deixam de reconhecer sinais clínicos, exposições ou circunstâncias em que a testagem poderia ter sido oferecida (Arantes et al., 2023).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica. Como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, reúne atributos que favorecem o diagnóstico oportuno, como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. As unidades de saúde recebem pessoas por motivos diversos, incluindo vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, pré natal, atendimento de infecções sexualmente transmissíveis, demandas agudas e cuidados preventivos. Cada contato pode constituir oportunidade para abordagem da saúde sexual, avaliação de vulnerabilidades e oferta de testagem quando indicada.

A relevância da APS torna-se ainda maior quando se considera que indivíduos diagnosticados tardiamente podem ter utilizado serviços de saúde anteriormente sem que a possibilidade de infecção pelo HIV fosse considerada. O conceito de oportunidade perdida permite deslocar a análise da responsabilidade exclusiva do usuário para os processos de trabalho e para a capacidade do sistema de identificar precocemente situações de risco ou condições clínicas indicadoras.

Diante disso, este capítulo objetiva analisar os fatores associados ao diagnóstico tardio do HIV, as oportunidades perdidas para detecção da infecção e os desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde para ampliar o diagnóstico precoce. Busca-se discutir a temática a partir de uma perspectiva clínica e de Saúde Coletiva, articulando determinantes sociais, organização da assistência, prevenção combinada e integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de caráter descritivo e analítico, desenvolvida com a finalidade de reunir e discutir evidências relacionadas ao diagnóstico tardio do HIV no contexto da Atenção Primária à Saúde. A construção do capítulo priorizou documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, além de artigos científicos nacionais e internacionais que abordam testagem, diagnóstico tardio, oportunidades perdidas, vulnerabilidades e organização do cuidado. Foram privilegiadas publicações recentes e documentos normativos vigentes, sem excluir estudos anteriores considerados relevantes para a compreensão do problema. A análise foi organizada em eixos temáticos envolvendo panorama epidemiológico, repercussões do diagnóstico tardio, determinantes sociais e territoriais, papel da Atenção Primária, oportunidades perdidas, prevenção combinada, estigma, coordenação assistencial e estratégias para redução do atraso diagnóstico. Por se tratar de revisão narrativa baseada em literatura publicada e documentos de domínio público, não houve participação direta de seres humanos nem necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 HIV NO BRASIL E PERSISTÊNCIA DO DIAGNÓSTICO TARDIO

A epidemia de HIV no Brasil apresenta distribuição heterogênea entre regiões, faixas etárias e grupos populacionais. O país consolidou uma resposta pública baseada no acesso universal ao tratamento e na ampliação das estratégias de prevenção. Ainda assim, os indicadores nacionais revelam que a existência de tecnologias eficazes não garante que todas as pessoas sejam alcançadas no momento adequado. O Boletim Epidemiológico HIV e Aids de 2025 ressalta desigualdades regionais e sociais e demonstra a necessidade de fortalecer testagem, vinculação ao cuidado, retenção e supressão viral (Brasil, 2025).

No plano internacional, o HIV permanece como problema de grande magnitude. O UNAIDS estimou cerca de 1,3 milhão de novas infecções em 2024, indicando que a transmissão permanece ativa, embora tenha ocorrido redução importante em comparação com períodos anteriores (UNAIDS, 2025). A persistência de novas infecções e de diagnósticos avançados evidencia que a resposta contemporânea depende tanto da disponibilidade das tecnologias quanto de sua efetiva incorporação aos serviços e aos territórios.

O diagnóstico tardio costuma ser definido pela presença de importante comprometimento imunológico no momento da identificação da infecção ou pela ocorrência de condições definidoras de doença avançada. Independentemente da definição operacional adotada, seu significado é semelhante: a pessoa viveu por período prolongado sem diagnóstico e perdeu oportunidades de iniciar tratamento e

prevenção precocemente. Estudos brasileiros demonstram que o fenômeno permanece frequente e se associa a características como idade mais elevada, menor escolaridade, baixa frequência de testagem e procura do serviço motivada por sintomas (Martins et al., 2020; Arantes et al., 2023).

3.2 REPERCUSSÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO

O conhecimento precoce da condição sorológica permite iniciar a terapia antirretroviral em momento oportuno, monitorar a evolução clínica e imunológica e prevenir infecções oportunistas. O tratamento atual deve ser iniciado o mais rapidamente possível após a confirmação diagnóstica, respeitando avaliação clínica e as recomendações do protocolo nacional. Quanto maior o comprometimento imunológico no momento do diagnóstico, maior pode ser a complexidade inicial do cuidado e o risco de complicações (Brasil, 2024).

O impacto não se restringe ao indivíduo. Pessoas que desconhecem viver com HIV não podem se beneficiar do tratamento como prevenção. A supressão viral sustentada reduz a carga viral a níveis indetectáveis e impede a transmissão sexual, princípio consolidado na comunicação de saúde pública como Indetectável igual a Intransmissível. O diagnóstico oportuno, portanto, relaciona-se diretamente à prevenção de novas infecções, à redução do estigma e à autonomia das pessoas vivendo com HIV.

A descoberta da infecção durante hospitalizações ou investigação de doenças oportunistas também pode indicar falhas anteriores de acesso ou detecção. Andrade et al. (2023) observaram redução dos diagnósticos e aumento da mortalidade por aids durante a pandemia de COVID 19 no Brasil, resultado que demonstra como interrupções na oferta de serviços podem repercutir rapidamente sobre a detecção e o prognóstico.

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS, VULNERABILIDADES E PERCEPÇÃO DE RISCO

O atraso diagnóstico é influenciado por determinantes sociais que modulam o acesso à informação, aos serviços e às tecnologias preventivas. Escolaridade, renda, situação ocupacional, território de residência, gênero, orientação sexual, idade e experiências prévias de discriminação podem interferir na decisão de procurar um serviço e também na forma como os profissionais conduzem a abordagem. A desigualdade não atua isoladamente, mas se combina a barreiras institucionais e culturais que aumentam a vulnerabilidade de determinados grupos.

A idade merece atenção especial. Pessoas mais velhas podem não se reconhecer como vulneráveis ao HIV e frequentemente estão menos presentes em campanhas de prevenção. Ao mesmo tempo, profissionais podem presumir menor atividade sexual e deixar de abordar sexualidade ou oferecer testagem. Estudos europeus recentes também identificaram maior frequência de diagnóstico tardio entre indivíduos

mais velhos, reforçando a necessidade de superar a associação automática entre HIV e juventude (Reyes Urueña et al., 2025).

O estigma permanece como elemento decisivo. O receio de julgamento, exposição da vida sexual, discriminação ou quebra de confidencialidade pode adiar a procura pelo teste. Em municípios pequenos, onde usuários e profissionais frequentemente compartilham espaços sociais, a preocupação com o sigilo pode se intensificar. Assim, a disponibilidade formal do exame não significa necessariamente acesso real.

Outro componente é a percepção de risco. Pessoas em relações estáveis podem considerar desnecessária a testagem, mesmo quando existem situações de vulnerabilidade. A abordagem centrada apenas em categorias tradicionais de risco tende a reforçar essa falsa sensação de proteção e pode contribuir para que profissionais deixem de oferecer o teste a indivíduos que não correspondem a estereótipos históricos da epidemia.

3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESPAÇO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

A Atenção Primária possui condições singulares para ampliar a detecção precoce porque mantém contato continuado com a população. A longitudinalidade permite reconhecer mudanças no estado de saúde, revisar exposições ao longo do tempo e identificar padrões de procura que poderiam passar despercebidos em atendimentos isolados. A abordagem da sexualidade e da prevenção pode ser incorporada ao cuidado de maneira rotineira, reduzindo a ideia de que a testagem de HIV deve ocorrer apenas em serviços especializados.

Os testes rápidos ampliaram a capacidade diagnóstica da APS ao permitir realização do exame e obtenção do resultado em curto período. No SUS, essas tecnologias integram a rede pública e podem ser associadas a aconselhamento, investigação de outras infecções sexualmente transmissíveis e orientação sobre estratégias preventivas. A descentralização reduz barreiras de deslocamento e facilita o acesso de pessoas que não frequentariam espontaneamente serviços especializados.

A ampliação da testagem, entretanto, precisa ser acompanhada por qualificação profissional. O atendimento exige comunicação adequada, respeito à autonomia, confidencialidade e capacidade de conduzir tanto resultados não reagentes quanto reagentes. Um resultado reagente não representa o encerramento da atuação da unidade. A equipe deve organizar a confirmação diagnóstica conforme os fluxos vigentes e garantir vinculação rápida ao cuidado, evitando perdas entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Normalizar a testagem significa incorporá-la aos momentos apropriados do cuidado sem transformar sua oferta em julgamento moral. Essa prática pode reduzir a necessidade de o usuário se declarar pertencente a um grupo específico antes de receber acesso ao exame. A Organização Mundial da

Saúde recomenda a diversificação das modalidades de testagem, incluindo autotestagem e estratégias diferenciadas para alcançar populações que encontram barreiras nos modelos convencionais (WHO, 2024).

3.5 OPORTUNIDADES PERDIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de oportunidade perdida é particularmente útil para analisar o diagnóstico tardio porque evidencia situações nas quais a pessoa procurou assistência antes da confirmação, mas a possibilidade de HIV não foi investigada. Alguns sinais e condições clínicas podem justificar a oferta de testagem, especialmente quando associados a antecedentes epidemiológicos ou a manifestações recorrentes.

Infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, herpes zoster em determinadas circunstâncias, candidíase persistente, perda ponderal sem causa esclarecida, infecções recorrentes e algumas alterações hematológicas podem funcionar como condições indicadoras. A presença dessas situações não confirma infecção pelo HIV, mas pode representar oportunidade para discussão e testagem. Revisão sistemática publicada por Vliegenthart Jongbloed et al. (2024) demonstrou que estratégias estruturadas de testagem baseadas em condições indicadoras podem ampliar tanto a realização de exames quanto a identificação de casos não previamente diagnosticados.

Na Atenção Primária, consultas repetidas por sintomas inespecíficos podem adquirir significado quando analisadas longitudinalmente. A qualidade do prontuário e a revisão do histórico tornam-se, portanto, componentes da detecção precoce. Protocolos locais e sistemas eletrônicos de apoio à decisão também podem auxiliar os profissionais a lembrar situações nas quais a oferta de testagem é recomendada.

Arantes et al. (2018) demonstraram que profissionais generalistas podem contribuir substancialmente para o diagnóstico precoce, mas que a testagem tende a permanecer abaixo do potencial quando depende apenas da solicitação espontânea do usuário. A mudança exige atitude mais ativa dos serviços, preservando consentimento, confidencialidade e respeito às preferências individuais.

3.6 PREVENÇÃO COMBINADA E AMPLIAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE CUIDADO

A prevenção contemporânea do HIV baseia-se na combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Preservativos, testagem regular, profilaxia pré exposição, profilaxia pós exposição, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, redução de danos e terapia antirretroviral compõem um conjunto de tecnologias que pode ser adaptado às necessidades de cada pessoa (Brasil, 2026).

A profilaxia pré exposição ampliou as possibilidades de prevenção para pessoas com maior possibilidade de exposição ao HIV. Sua incorporação progressiva à Atenção Primária aproxima a prevenção dos territórios e pode favorecer maior equidade. A própria entrada de usuários em programas de PrEP cria

oportunidades para testagem regular, avaliação de outras infecções sexualmente transmissíveis e construção de vínculo com os serviços.

A profilaxia pós exposição também requer organização de rede, uma vez que o benefício depende do início rápido após uma exposição relevante. A informação sobre sua existência e sobre os locais de acesso deve fazer parte das ações educativas. A APS pode atuar tanto na orientação quanto no encaminhamento adequado, conforme a organização local.

O tratamento das pessoas vivendo com HIV integra a prevenção combinada porque a supressão viral sustentada impede a transmissão sexual. Essa informação possui relevância clínica e social, pois contribui para reduzir medo, culpa e estigma. A comunicação deve ser tecnicamente correta e acompanhada de orientação sobre adesão, monitoramento e continuidade do cuidado.

3.7 ESTIGMA, CONFIDENCIALIDADE E RELAÇÃO PROFISSIONAL USUÁRIO

A forma como os profissionais abordam a sexualidade influencia diretamente o acesso à prevenção e à testagem. Perguntas moralizantes, pressupostos heteronormativos ou comentários discriminatórios podem reduzir a confiança e afastar usuários. A comunicação clínica deve reconhecer diferentes orientações sexuais, identidades de gênero, formas de relacionamento e práticas sem associá-las automaticamente a juízos de valor.

A confidencialidade é especialmente importante. O receio de exposição pode levar pessoas a procurar serviços em locais distantes ou a evitar completamente a testagem. A equipe deve assegurar privacidade durante o atendimento, limitar o compartilhamento de informações ao necessário para o cuidado e explicar ao usuário como seus dados serão tratados.

A educação permanente precisa incluir dimensões técnicas e éticas. Conhecer algoritmos diagnósticos e medicamentos é indispensável, mas insuficiente quando a experiência do usuário no serviço é marcada por constrangimento. A redução do estigma institucional deve ser entendida como componente concreto da qualidade assistencial e da política de enfrentamento do HIV.

3.8 COORDENAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Após o diagnóstico, a continuidade do cuidado torna-se prioridade. A pessoa deve ser vinculada rapidamente ao serviço responsável pelo início e acompanhamento da terapia antirretroviral, sem que isso signifique perda do vínculo com a Atenção Primária. A coordenação exige comunicação entre os pontos da rede e definição clara de responsabilidades.

Mesmo quando o acompanhamento específico do HIV ocorre em Serviço de Assistência Especializada, a APS mantém papel fundamental no cuidado de hipertensão, diabetes, saúde mental,

vacinação, saúde sexual e reprodutiva e outras necessidades. Com o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV, a presença de multimorbidades torna essa integração ainda mais necessária.

Vigilância epidemiológica e assistência também precisam funcionar de maneira articulada. Informações sobre diagnóstico tardio, distribuição territorial dos casos, acesso à testagem e abandono do cuidado podem orientar planejamento, busca ativa e ações focalizadas. Dados epidemiológicos devem retornar aos serviços como instrumento de gestão, não permanecer apenas como registro administrativo.

A ausência de contrarreferência, demora de agendamento e dificuldade de comunicação favorecem perda de seguimento. Mecanismos de teleconsultoria, prontuários compartilhados e fluxos pactuados regionalmente podem aumentar a resolutividade e reduzir a fragmentação.

3.9 ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O DIAGNÓSTICO TARDIO

A redução do atraso diagnóstico depende de estratégias simultâneas em diferentes níveis. A primeira é ampliar a oferta e a normalização da testagem nos serviços, especialmente em situações clínicas e epidemiológicas indicativas. A segunda é qualificar os profissionais para abordar sexualidade e vulnerabilidade sem estigma, reconhecendo que o HIV pode afetar pessoas de diferentes idades e contextos sociais.

Outra estratégia consiste em diversificar os pontos e modalidades de testagem. Autotestes, ações comunitárias, horários ampliados e atividades extramuros podem alcançar pessoas que não utilizam rotineiramente as unidades. A escolha do modelo deve considerar características territoriais, privacidade, logística e capacidade de vinculação após resultados reagentes.

A utilização sistemática de condições indicadoras também pode reduzir oportunidades perdidas. Protocolos simples, educação permanente e ferramentas eletrônicas de alerta podem apoiar profissionais em contextos de elevada demanda. O objetivo não é transformar cada condição em diagnóstico presumido, mas garantir que a possibilidade de HIV seja lembrada quando clinicamente pertinente.

Por fim, a análise de indicadores locais permite avaliar se as estratégias estão produzindo efeito. Proporção de diagnósticos avançados, cobertura de testagem, tempo entre diagnóstico e início do tratamento, retenção no cuidado e supressão viral são parâmetros que podem orientar a gestão. A resposta ao HIV precisa ser territorial, pois diferentes municípios e populações apresentam barreiras distintas.

4 CONCLUSÃO

O diagnóstico tardio do HIV permanece como desafio relevante para o Sistema Único de Saúde apesar da disponibilidade de testes rápidos, terapia antirretroviral e tecnologias de prevenção combinada. Sua persistência demonstra que a existência de recursos eficazes não é suficiente quando barreiras sociais, territoriais, culturais e organizacionais limitam sua utilização no momento oportuno.

Os fatores associados ao atraso são múltiplos e incluem baixa percepção de risco, estigma, desigualdades, dificuldades de acesso e práticas assistenciais que restringem a oferta de testagem. A ocorrência de contatos anteriores com serviços sem investigação adequada evidencia oportunidades perdidas que podem ser reduzidas por mudanças nos processos de trabalho.

A Atenção Primária à Saúde possui potencial estratégico para modificar essa trajetória por sua proximidade com a população, longitudinalidade e capacidade de integrar prevenção, diagnóstico e coordenação assistencial. Normalizar a oferta de testagem, reconhecer condições indicadoras, ampliar o acesso à prevenção combinada e garantir vinculação rápida após o diagnóstico são medidas centrais.

A redução do diagnóstico tardio exige, portanto, uma APS capaz de abordar a sexualidade de forma ética e não discriminatória, utilizar informações epidemiológicas no planejamento e atuar de modo articulado com vigilância e serviços especializados. Ao combinar vínculo, acesso, testagem, prevenção e continuidade do cuidado, a Atenção Primária pode contribuir para que o diagnóstico precoce seja efetivamente incorporado à resposta brasileira ao HIV.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. A. et al. Reduced HIV/AIDS diagnosis rates and increased AIDS mortality due to late diagnosis in Brazil during the COVID-19 pandemic. **Scientific Reports**, v. 13, 23003, 2023. DOI: 10.1038/s41598-023-50359-y.
- ARANTES, L. M. N. et al. Factors associated with late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) in a university hospital in Brazil: challenges to achieving the 2030 target. **Viruses**, v. 15, n. 10, 2097, 2023. DOI: 10.3390/v15102097.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: módulo 1, tratamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- MARTINS, T. A. et al. Factors associated with late diagnosis of HIV/AIDS in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2020.
- REYES URUEÑA, J. et al. Late HIV diagnosis: trends, risk factors, and progress toward the 2025 target of less than 20% late diagnosis in 23 EU/EEA countries, 2022 to 2024. **Eurosurveillance**, v. 30, n. 47, 2025.
- UNAIDS. **AIDS, crisis and the power to transform: Global AIDS Update 2025**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2025.

DIAGNÓSTICO TARDIO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES ASSOCIADOS, OPORTUNIDADES PERDIDAS E DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

VLIEGENTHART JONGBLOED, K. J. et al. Strategies for improving HIV testing and detection rates in European hospitals: a systematic review. **Microorganisms**, v. 12, n. 2, 254, 2024. DOI: 10.3390/microorganisms12020254.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services**. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overview of WHO recommendations on HIV and sexually transmitted infection testing, prevention, treatment, care and service delivery**. Geneva: WHO, 2025.