REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

DIAGNÓSTICO TARDIO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: FATORES ASSOCIADOS E OPORTUNIDADES PERDIDAS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

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

DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL VIH EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL: FACTORES ASOCIADOS Y OPORTUNIDADES PERDIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

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

Raul Souza da Cruz
Mestrando em Educação, Cuidado em Saúde e Enfermagem na Amazônia pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação UEPA/UFAM
E-mail: souzacruz246@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2372-9625

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

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 e a apresentação tardia da infecção pelo HIV permanecem relevantes no Brasil, apesar da ampla disponibilidade de testes e da terapia antirretroviral no Sistema Único de Saúde. Esta revisão narrativa analisou fatores associados ao diagnóstico e à apresentação tardios, distinguiu atraso diagnóstico de atraso na vinculação ao cuidado e examinou oportunidades perdidas na Atenção Primária à Saúde. Realizou-se busca estruturada em MEDLINE via PubMed, SciELO e LILACS, complementada por documentos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do UNAIDS. A última busca bibliográfica ocorreu em 14 de setembro de 2026, com atualização documental nacional em 15 de setembro de 2026. Foram priorizadas publicações de 2011 a 2026, mantendo referências anteriores quando indispensáveis à fundamentação histórica ou conceitual.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

Idade mais elevada, sexo masculino, barreiras relacionadas à percepção de vulnerabilidade, estigma, desigualdades raciais, socioeconômicas e territoriais e procura após o aparecimento de sintomas interagem com barreiras produzidas pela rede. A autodeclaração heterossexual foi interpretada como marcador social e programático de possível suboferta de testagem, e não como causa biológica do atraso. Na APS, oportunidades perdidas podem ocorrer diante de condições indicadoras, tuberculose, outras infecções sexualmente transmissíveis, contatos repetidos por sintomas inespecíficos e falhas entre resultado reagente, confirmação e vinculação. O pré-natal foi mantido como exemplo de sucesso programático. Conclui-se que a redução do diagnóstico e da apresentação tardios exige oferta ampliada e normalizada do teste em oportunidades definidas, preservação de estratégias focalizadas para populações-chave, reconhecimento de condições indicadoras, confidencialidade, coordenação do cuidado e monitoramento dos diferentes desfechos da linha de cuidado.

Palavras-chave: HIV; Diagnóstico tardio; Apresentação tardia; Vinculação ao cuidado; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Late HIV diagnosis and late presentation remain relevant in Brazil despite broad access to testing and antiretroviral therapy through the Unified Health System. This narrative review examined factors associated with late diagnosis and late presentation, distinguished diagnostic delay from delayed linkage to care, and analyzed missed opportunities in Primary Health Care. A structured search was conducted in MEDLINE via PubMed, SciELO and LILACS, supplemented by documents from the Brazilian Ministry of Health, the World Health Organization and UNAIDS. The last bibliographic search was performed on 14 September 2026, with national policy documents rechecked on 15 September 2026. Publications from 2011 to 2026 were prioritized, while earlier references were retained when necessary for historical or conceptual grounding. Older age, male sex, barriers related to perceived vulnerability, stigma, racial, socioeconomic and territorial inequalities, and care seeking after symptoms interact with health-system barriers. Heterosexual self-identification was interpreted as a social and programmatic marker of possible under-offering of testing rather than a biological cause of delay. In primary care, missed opportunities may occur in the presence of indicator conditions, tuberculosis, other sexually transmitted infections, repeated visits for nonspecific symptoms, and failures between a reactive result, diagnostic confirmation and linkage to care. Prenatal care was retained as a programmatic success case. Reducing late diagnosis and late presentation requires expanded and normalized test offering at defined opportunities, preservation of targeted strategies for key populations, recognition of indicator conditions, confidentiality, care coordination and monitoring of distinct outcomes along the care pathway.

Keywords: HIV; Late diagnosis; Late presentation; Linkage to care; Primary Health Care.

Resumen

El diagnóstico tardío y la presentación tardía de la infección por el VIH siguen siendo relevantes en Brasil, pese al amplio acceso a pruebas y a la terapia antirretroviral en el Sistema Único de Salud. Esta revisión narrativa analizó los factores asociados al diagnóstico y a la presentación tardíos, distinguió el retraso diagnóstico del retraso en la vinculación a la atención y examinó oportunidades perdidas en la Atención Primaria de Salud. Se realizó una búsqueda estructurada en MEDLINE vía PubMed, SciELO y LILACS, complementada con documentos del Ministerio de Salud de Brasil, la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. La última búsqueda bibliográfica se realizó el 14 de septiembre de 2026 y los documentos nacionales se verificaron nuevamente el 15 de septiembre de 2026. Se priorizaron publicaciones de 2011 a 2026, manteniendo referencias anteriores cuando eran necesarias para la fundamentación histórica o conceptual. La mayor edad, el sexo masculino, las barreras relacionadas con la percepción de vulnerabilidad, el estigma, las desigualdades raciales, socioeconómicas y territoriales y la búsqueda de atención después de la aparición de síntomas interactúan con barreras del sistema de salud. La autoidentificación heterosexual se interpretó como marcador social y programático de posible menor oferta de pruebas, y no como causa biológica del retraso. En la atención primaria, las oportunidades perdidas pueden ocurrir ante condiciones indicadoras, tuberculosis, otras infecciones de transmisión sexual, consultas repetidas por síntomas

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

inespecíficos y fallas entre resultado reactivo, confirmación y vinculación. El control prenatal se mantuvo como ejemplo de éxito programático. La reducción del diagnóstico y la presentación tardíos exige una oferta ampliada y normalizada de pruebas en oportunidades definidas, preservación de estrategias focalizadas para poblaciones clave, reconocimiento de condiciones indicadoras, confidencialidad, coordinación de la atención y seguimiento de distintos desenlaces de la línea de cuidado.

Palabras clave: VIH; Diagnóstico tardío; Presentación tardía; Vinculación a la atención; Atención Primaria de Salud.

1. Introdução

A ampliação da terapia antirretroviral modificou a história natural da infecção pelo HIV. Quando o diagnóstico ocorre oportunamente e o tratamento é iniciado sem demora, há recuperação imunológica, queda acentuada da morbimortalidade e supressão viral. Esta última beneficia a pessoa tratada e interrompe a transmissão sexual quando mantida de forma sustentada. O ganho clínico, porém, depende de um passo anterior: reconhecer a infecção antes que a imunodeficiência determine doenças oportunistas, internações ou morte. O diagnóstico tardio converte uma condição manejável em uma situação clínica de maior complexidade e expõe falhas acumuladas entre a vida cotidiana, o acesso aos serviços, a decisão profissional de oferecer o teste e a vinculação ao cuidado.

Neste artigo, diagnóstico tardio, apresentação tardia e doença avançada são tratados como desfechos relacionados, porém não equivalentes. Diagnóstico tardio descreve o reconhecimento da infecção em momento já marcado por imunossupressão ou manifestação clínica relevante. Como não existe um único limiar internacional para todos os usos do termo, cada estudo é interpretado segundo a definição que adotou. No monitoramento brasileiro, a meta programática de reduzir para 40% o diagnóstico tardio na rede pública está vinculada ao indicador operacional baseado na proporção de novos casos com primeiro LT-CD4 inferior a 200 células/mm³ registrado no SISCEL, indicador também apresentado no Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids (BRASIL, 2025b; BRASIL, 2026b).

Apresentação tardia, segundo a definição de consenso de Antinori et al. (2011), corresponde à apresentação para cuidado com LT-CD4 inferior a 350 células/mm³ ou com evento definidor de aids, independentemente da contagem de LT-CD4. A categoria de apresentação com doença avançada proposta no mesmo

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

consenso utiliza LT-CD4 inferior a 200 células/mm³ ou evento definidor de aids. Esses critérios devem ser identificados explicitamente em cada estudo citado, porque proporções produzidas com limiares de 350 e 200 células/mm³ não são diretamente intercambiáveis (BRASIL, 2025b; BRASIL, 2026b).

A Organização Mundial da Saúde define doença avançada pelo HIV, em adultos e adolescentes, como LT-CD4 inferior a 200 células/mm³ ou evento de estágio clínico 3 ou 4 da OMS. Crianças menores de cinco anos vivendo com HIV são consideradas como portadoras de doença avançada independentemente do estágio clínico ou imunológico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). Evento definidor de aids e evento de estágio clínico 3 ou 4 da OMS não devem ser usados como sinônimos. O estadiamento clínico da OMS constitui sistema próprio de classificação, e o estágio 3 inclui condições que não correspondem necessariamente às listas nacionais ou de outros sistemas de eventos definidores de aids. O estágio 4 reúne doença grave relacionada ao HIV e apresenta maior sobreposição com essas listas, mas as classificações permanecem conceitualmente distintas.

Os indicadores nacionais precisam ser lidos com referência temporal explícita. As estimativas divulgadas em 2024 para o ano de 2023 indicaram 96% das pessoas vivendo com HIV cientes do diagnóstico, 82% das pessoas diagnosticadas em terapia antirretroviral e 95% das pessoas em tratamento com supressão viral. Portanto, a sequência 96%-82%-95% refere-se ao ano de 2023 e não deve ser transposta automaticamente para anos posteriores (BRASIL, 2024; UNAIDS BRASIL, 2024). O Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025 atualizou outros indicadores nacionais e registrou, para 2024, aproximadamente 9,1 mil óbitos por aids, com redução importante em relação a 2023 (BRASIL, 2025c). A certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública foi concedida ao Brasil pela OPAS/OMS em dezembro de 2025, após o país atender aos critérios internacionais de impacto e cobertura, incluindo transmissão vertical abaixo de 2%, incidência inferior a 0,5 caso por mil nascidos vivos e coberturas superiores a 95% em pré-natal, testagem e tratamento de gestantes vivendo com HIV (BRASIL, 2025a; BRASIL, 2026c).

O Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids, atualizado mensalmente pelo Ministério da Saúde, reúne a cascata do cuidado contínuo e o

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

indicador 12 do PQAVS, calculado como percentual de casos com LT-CD4 inferior a 200 células/mm³, além de permitir recortes territoriais e sociodemográficos. A meta brasileira de reduzir para 40% a proporção de diagnóstico tardio até 2027 deve ser compreendida nesse marco operacional, e não como a meta de reduzir a 40% a apresentação tardia definida pelo limiar de 350 células/mm³ (BRASIL, 2025b; BRASIL, 2026b).

A pandemia de covid-19 tornou essa fragilidade mais visível. Em comparação com a média de 2015 a 2019, houve redução de 22,4% nos diagnósticos de HIV/aids em 2020 e de 9,8% em 2021. No mesmo período, aumentou a proporção de óbitos por aids associados ao diagnóstico tardio, com crescimento estimado de 6,9% em 2020 e 13,9% em 2021 (ANDRADE et al., 2023). A queda de diagnósticos, portanto, não pode ser interpretada automaticamente como redução da transmissão. Em contextos de interrupção assistencial, ela também expressa menor testagem, postergação da procura e descontinuidade da vigilância.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica nesse problema. Sua capilaridade, longitudinalidade e contato com pessoas que não procuram serviços especializados permitem reconhecer vulnerabilidades que não aparecem em campanhas ou em triagens baseadas em identidades. A unidade básica acompanha condições crônicas, saúde sexual e reprodutiva, tuberculose, gestação, sofrimento mental e queixas inespecíficas que podem constituir pontos de entrada para a testagem. Quando o HIV permanece restrito a agendas especializadas ou a determinados grupos, a APS perde a possibilidade de produzir diagnóstico antes do adoecimento. O objetivo desta revisão foi analisar os fatores associados ao diagnóstico tardio do HIV no Brasil e discutir as oportunidades perdidas e as estratégias possíveis para qualificar o diagnóstico precoce na APS.

2. Revisão da Literatura

Para evitar ambiguidade conceitual e garantir maior comparabilidade entre os estudos analisados, os principais desfechos relacionados ao diagnóstico e à entrada no cuidado foram organizados segundo suas respectivas definições operacionais. Essa distinção é particularmente importante porque diagnóstico tardio, apresentação

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

tardia, doença avançada pelo HIV e atraso na vinculação representam etapas diferentes da trajetória assistencial e podem utilizar limiares clínicos distintos. O Quadro 1 sintetiza essas definições, o que cada desfecho expressa e os principais cuidados necessários para sua interpretação ao longo da revisão.

Quadro 1 - Quadro conceitual dos desfechos utilizados na revisão.

Desfecho	Definição operacional adotada	O que mede	Observação para interpretação
Diagnóstico tardio	Usado conforme o limiar declarado por cada fonte. Para a meta programática brasileira de 40%, primeiro LT-CD4 <200 células/mm³ na rede pública.	Momento imunológico do reconhecimento ou da entrada registrada no sistema.	Não pressupor equivalência com o limiar de 350 células/mm³.
Apresentação tardia	LT-CD4 <350 células/mm³ ou evento definidor de aids, segundo Antinori et al. (2011).	Chegada tardia ao cuidado após o diagnóstico ou no momento em que ele ocorre.	Deve ser distinguida de atraso na vinculação após diagnóstico já conhecido.
Doença avançada pelo HIV	OMS: LT-CD4 <200 células/mm³ ou estágio clínico OMS 3 ou 4 em adultos e adolescentes; toda criança menor de 5 anos com HIV é considerada com doença avançada.	Gravidade clínica ou imunológica que exige pacote diferenciado de cuidado.	Estágio OMS 3/4 não é sinônimo automático de evento definidor de aids.
Atraso na vinculação	Intervalo excessivo entre diagnóstico confirmado e primeiro contato efetivo com o serviço responsável pelo cuidado do HIV.	Perda ou demora entre diagnóstico e entrada no cuidado.	É desfecho da continuidade assistencial, não do momento do diagnóstico.

Fonte: elaborado pelos autores.

2.1 Diagnóstico tardio como marcador de iniquidade

O diagnóstico tardio não resulta apenas do intervalo biológico entre infecção e sintomas. Ele expressa uma sequência de decisões e restrições. A pessoa pode não reconhecer uma exposição, temer o resultado, evitar um serviço percebido como

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

discriminatório ou não conseguir comparecer em horário comercial. Mesmo quando procura atendimento, o profissional pode não perguntar sobre sexualidade, não associar uma condição clínica ao HIV ou reservar a testagem a perfis estereotipados. Depois de um teste reagente, ainda podem ocorrer demora na confirmação, encaminhamento sem garantia de chegada e falha de comunicação entre a unidade básica e o serviço especializado. A apresentação tardia é, por isso, um indicador sentinela da capacidade do sistema de localizar, acolher e vincular pessoas antes do adoecimento.

Dados nacionais antigos e estudos locais recentes mostram persistência do problema. Entre 115.369 pessoas que ingressaram no cuidado no Brasil de 2003 a 2006, 43,6% apresentaram entrada tardia; as maiores razões ajustadas foram observadas entre pessoas com 60 anos ou mais e residentes das regiões Norte e Nordeste (GRANGEIRO; ESCUDER; PEREIRA, 2012). Em centro de referência de Belo Horizonte, a apresentação tardia também foi frequente e se associou a características sociodemográficas e clínicas, indicando que a expansão terapêutica não havia sido acompanhada por acesso igualmente oportuno ao diagnóstico (VALENTINI et al., 2015). Esses achados não representam a situação atual de todo o país, mas ajudam a compreender a estabilidade de determinados padrões.

O estudo hospitalar de Hernandez et al. (2026), realizado em Porto Alegre, descreveu pessoas internadas com doença avançada e mostrou que parte dos primeiros diagnósticos ocorreu durante a hospitalização, com mediana de LT-CD4 muito baixa. Por seu desenho retrospectivo e hospitalar, a amostra seleciona casos graves, não estima a prevalência de diagnóstico tardio na comunidade e não permite atribuir diretamente a ocorrência à falha da APS. O estudo é utilizado aqui apenas para caracterizar perfis que podem permanecer sem diagnóstico até a doença grave e para formular hipóteses sobre lacunas anteriores da linha de cuidado, que exigem confirmação em estudos de base populacional ou com reconstrução de trajetórias assistenciais (HERNANDEZ et al., 2026).

Na região amazônica, estudo com 402 pessoas encontrou 52,7% de apresentação tardia. Entre os casos tardios, 36% demoraram de sete a doze meses para chegar ao serviço de referência após o diagnóstico inicial e 34% demoraram mais de doze meses (PEREIRA et al., 2024). Esse resultado mostra que diagnóstico

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

e vinculação são etapas diferentes. Identificar a infecção sem assegurar a continuidade do cuidado reduz parte do benefício esperado da testagem. Na APS, a responsabilidade clínica não termina com o encaminhamento; ela inclui confirmar que o usuário chegou ao ponto de atenção indicado e manter a coordenação do cuidado.

A consequência clínica é desproporcional. Pessoas que iniciam tratamento com imunodeficiência avançada têm maior probabilidade de infecções oportunistas, internação, recuperação imunológica incompleta e morte. A OMS recomenda identificar rapidamente esse grupo, rastrear e tratar infecções oportunistas e iniciar a terapia antirretroviral em até sete dias, ou no mesmo dia quando houver condições clínicas e concordância da pessoa, respeitadas situações que exigem manejo específico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; 2025). Prevenir a chegada a esse estágio é mais seguro, menos oneroso e coerente com a função preventiva da APS.

2.2 Fatores associados

2.2.1 Idade, sexo, gênero e percepção de vulnerabilidade

A idade mais elevada aparece em diferentes estudos como marcador de maior frequência de diagnóstico ou apresentação tardios, mas não autoriza generalizações sobre a sexualidade das pessoas idosas. O mecanismo provável é relacional e programático: menor frequência de oferta do teste em alguns contextos, menor percepção de necessidade de testagem, menor abordagem profissional da saúde sexual e atribuição de sintomas a outras condições prevalentes no envelhecimento. No estudo nacional de Grangeiro, Escuder e Pereira (2012), a associação foi mais intensa a partir dos 60 anos. O achado hospitalar de Porto Alegre não deve ser extrapolado para a população idosa em geral, mas reforça a necessidade de considerar HIV quando houver exposição, condição indicadora ou oportunidade assistencial pertinente (HERNANDEZ et al., 2026).

Homens também apresentam maior risco de chegar tardiamente ao cuidado em diferentes estudos brasileiros (ARANTES et al., 2023; HERNANDEZ et al., 2026). A menor utilização preventiva da APS, os horários de funcionamento incompatíveis com o trabalho e normas de masculinidade que retardam a procura por ajuda

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

contribuem para esse padrão. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem oferece um marco para ações extramuros, horários ampliados e aproveitamento de consultas por outras demandas, mas a testagem do HIV ainda costuma depender de uma queixa sexual explícita. Uma consulta por hipertensão, dor, atestado ou vacinação pode ser a única oportunidade de contato no ano e deveria permitir uma abordagem breve, confidencial e não moralizante sobre saúde sexual.

A autodeclaração heterossexual merece atenção como marcador social e programático, e não como causa do atraso. Em determinados contextos, ela pode reduzir a percepção individual de vulnerabilidade e a probabilidade de o profissional oferecer a testagem quando o cuidado se ancora em estereótipos de risco. Entre homens heterossexuais atendidos em Salvador, a apresentação tardia foi frequente e metade apresentou LT-CD4 inferior a 200 células/mm³ (MACCARTHY et al., 2016a). Em São Paulo, homens e mulheres apresentaram combinações distintas de fatores associados ao atraso, incluindo idade, renda e circunstâncias que motivaram o teste (FERREIRA et al., 2016). Esses achados não justificam deslocar recursos de populações-chave. Indicam, antes, que prioridades epidemiológicas não devem funcionar como fronteiras rígidas para a oferta do teste.

Entre homens que fazem sexo com homens, o estigma, o receio de revelar práticas e a experiência de discriminação podem adiar testagem e vinculação, mesmo em grandes centros com serviços disponíveis. Estudo com 740 homens que fazem sexo com homens em Salvador analisou apresentação tardia a partir do primeiro T-CD4+ inferior a 350 células/mm³ e mostrou que fatores sociais e de acesso influenciavam a chegada ao serviço (MACCARTHY et al., 2014). Portanto, ampliar a oferta normalizada em oportunidades definidas não substitui intervenções focalizadas. As duas abordagens devem coexistir: testagem normalizada para reduzir seleção e estigma, e estratégias específicas para alcançar grupos com maior incidência ou barreiras particulares.

2.2.2 Estigma, relações afetivas e procura condicionada por sintomas

O estigma atua antes, durante e depois do teste. Antes, sustenta o medo de ser reconhecido na unidade ou associado a comportamentos moralmente julgados.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

Durante o atendimento, dificulta a conversa sobre práticas sexuais e leva profissionais a usar categorias identitárias no lugar de uma avaliação clínica. Depois de um resultado reagente, pode atrasar a confirmação, a revelação a pessoas de confiança e a vinculação. Barreiras percebidas ao longo da testagem, da vinculação e do tratamento foram descritas em grande centro urbano brasileiro (MACCARTHY et al., 2016b). O sigilo é especialmente sensível em municípios pequenos, onde usuários e trabalhadores compartilham redes sociais. A mera existência do teste na unidade não assegura acesso quando o modo de oferta ameaça privacidade ou dignidade.

Relações estáveis também podem reduzir a percepção de necessidade do teste. Casamento e monogamia declarada são frequentemente interpretados como proteção, embora não permitam inferir a sorologia das parcerias nem exposições ao longo da vida. O estudo hospitalar de 2026 mostrou predomínio de homens heterossexuais, muitos empregados, casados ou com parceria fixa e com filhos, perfil pouco contemplado por abordagens ancoradas em risco presumido (HERNANDEZ et al., 2026). A pergunta clinicamente útil não é se a pessoa pertence a um grupo, mas se já realizou teste, quando foi o último, quais exposições ocorreram desde então e se existem condições indicadoras.

A procura apenas após sintomas representa o ponto final de várias oportunidades anteriores. Em São Paulo, 56,7% de 1.520 participantes procuraram cuidado já na fase de aids e 48,2% tinham T-CD4+ igual ou inferior a 350 células/mm³; 9% demoraram seis meses ou mais para procurar o serviço após um teste positivo (KHOURY; SILVA; VILLELA, 2015). Esse resultado separa dois atrasos: o diagnóstico realizado depois do adoecimento e a postergação da entrada no cuidado mesmo após conhecer a sorologia. Ambos exigem respostas diferentes. A primeira demanda ampliar é normalizar a testagem; o segundo requer navegação do usuário, comunicação clara, redução do medo e acesso rápido ao tratamento.

2.2.3 Desigualdades sociais, territoriais e organizacionais

Baixa renda, escolaridade limitada, insegurança no trabalho, distância, custos indiretos e discriminação racial ou de gênero podem modular a possibilidade de realizar o teste e retornar ao serviço. Esses fatores não operam de modo uniforme e

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

não devem ser reduzidos a características individuais. A dimensão raça ou cor exige interpretação própria, porque diferenças observadas entre grupos refletem exposição desigual a racismo estrutural, barreiras de acesso, qualidade do acolhimento e distribuição territorial de recursos, e não diferenças biológicas de suscetibilidade ao diagnóstico tardio. A análise deve considerar também a incompletude do registro de raça ou cor e evitar conclusões quando a proporção de informação ignorada comprometer a comparação.

As desigualdades territoriais devem ser operacionalizadas para além da comparação entre grandes regiões. Na gestão local, recomenda-se estratificar os indicadores por município, área adscrita ou microárea, situação urbana e rural quando disponível, tempo ou distância até pontos de testagem e serviços de referência, cobertura da Estratégia Saúde da Família, disponibilidade de transporte sanitário, horários de funcionamento e marcadores de vulnerabilidade social. O Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado permite apoiar análises territoriais e sociodemográficas, preservadas as regras de confidencialidade para pequenos números (BRASIL, 2026b). Estudos históricos encontraram maior entrada tardia nas regiões Norte e Nordeste, e estudos recentes na Amazônia descreveram longos intervalos entre diagnóstico e chegada ao serviço de referência, mas comparações entre períodos e cenários devem respeitar os diferentes desenhos e definições (GRANGEIRO; ESCUDER; PEREIRA, 2012; PEREIRA et al., 2024).

Choques externos também ampliam desigualdades existentes. A pandemia interrompeu testagem, redistribuiu trabalhadores e restringiu circulação, com redução expressiva dos diagnósticos e aumento proporcional de mortes associadas ao diagnóstico tardio (ANDRADE et al., 2023). O aprendizado programático é que a testagem para HIV deve integrar serviços essenciais e possuir alternativas descentralizadas, como autoteste apoiado, oferta comunitária e manutenção de insumos na APS. Sistemas que dependem de campanhas episódicas ou de um único profissional são mais vulneráveis a interrupções.

3. Metodologia

Trata-se de revisão narrativa da literatura, orientada por busca bibliográfica estruturada e síntese crítica de evidências pertinentes ao problema. A escolha desse

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

delineamento decorreu da amplitude da pergunta, que inclui epidemiologia, experiências de usuários e profissionais, organização da rede e recomendações programáticas. Os domínios da SANRA foram utilizados como referência de transparência e qualidade da redação, especialmente quanto à justificativa do tema, explicitação do objetivo, descrição da busca, referenciamento e argumentação científica. A SANRA não foi empregada como instrumento de avaliação de risco de viés dos estudos incluídos nem transforma a revisão narrativa em revisão sistemática (BAETHGE; GOLDBECK-WOOD; MERTENS, 2019).

A busca bibliográfica foi encerrada em 14 de setembro de 2026 e abrangeu MEDLINE via PubMed, Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram combinados descritores e termos livres em português e inglês relacionados a HIV, diagnóstico tardio, apresentação tardia, doença avançada, testagem, oportunidades perdidas, condições indicadoras, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, vinculação ao cuidado e Brasil. Documentos oficiais nacionais e internacionais foram novamente verificados em 15 de setembro de 2026 para atualização de dados programáticos, sem alteração da data da última busca bibliográfica. As estratégias completas de busca são apresentadas no Apêndice A.

Foram priorizadas publicações entre janeiro de 2011 e 14 de setembro de 2026, marco escolhido pela consolidação da definição de consenso para apresentação tardia. Referências anteriores a 2011 foram mantidas apenas quando indispensáveis à compreensão histórica da resposta brasileira, à origem de conceitos ou à descrição de políticas e práticas anteriores ainda relevantes para a interpretação dos achados. Consideraram-se estudos observacionais e qualitativos realizados no Brasil, revisões pertinentes, documentos normativos e relatórios epidemiológicos que abordassem magnitude dos desfechos, fatores individuais, sociais ou programáticos, práticas de testagem na APS, condições indicadoras, vinculação ao cuidado ou intervenções para ampliar o diagnóstico. Foram excluídos textos sem relação direta com diagnóstico ou testagem, estudos exclusivamente laboratoriais e publicações sem elementos suficientes para sustentar a análise.

A leitura foi conduzida em três movimentos. Primeiro, identificaram-se definição do desfecho, limiar de LT-CD4 quando aplicável, população, local, período

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

e principais resultados. Em seguida, os achados foram organizados segundo dimensões individual e relacional, social e territorial e programática. Por fim, as evidências brasileiras foram interpretadas à luz dos atributos da APS e da linha de cuidado do HIV, enquanto recomendações internacionais foram apresentadas separadamente e identificadas como referências normativas externas. A síntese não buscou estimar efeito combinado nem esgotar a literatura. Não houve metanálise ou avaliação formal de risco de viés. Estudos hospitalares foram utilizados para descrever casos graves e gerar hipóteses, não como prova direta de falha da APS nem como estimativa de prevalência comunitária.

4. Resultados e Discussão

4.1 Oportunidades perdidas na Atenção Primária à Saúde

Nesta revisão, oportunidade perdida é uma definição operacional dos autores, informada pela literatura de testagem guiada por condições indicadoras. Corresponde ao contato com um serviço de saúde em circunstância na qual a oferta do teste seria clinicamente ou programaticamente pertinente, factível, consentida e compatível com as recomendações vigentes, mas o teste não é ofertado, não é concluído ou não produz continuidade adequada após resultado reagente. Não se trata de indicador oficial padronizado pelo Ministério da Saúde e não implica testar todas as pessoas em qualquer encontro. Seu uso exige reconstrução do contexto assistencial para evitar classificar como falha situações em que a testagem não era indicada ou foi recusada de forma informada (HIV IN EUROPE, 2012).

Condições indicadoras constituem um dos gatilhos possíveis para oferta do teste. A orientação internacional de testagem guiada por condições indicadoras organiza três grupos: condições definidoras de aids, condições associadas a prevalência não diagnosticada de HIV superior a 0,1% e situações nas quais desconhecer a infecção pode comprometer o manejo clínico (HIV IN EUROPE, 2012). Entre exemplos relevantes para a APS e para a rede estão tuberculose, outras infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais, herpes-zóster quando o contexto clínico, a idade, a recorrência ou outros elementos aumentarem a suspeita, candidíase oral persistente, perda ponderal sem explicação, febre prolongada,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

diarreia crônica, linfadenopatia, pneumonias recorrentes, alterações hematológicas sem causa definida e alguns cânceres. A lista não deve funcionar como checklist rígido nem substituir história clínica, sexual e epidemiológica.

O pré-natal constitui um caso de sucesso programático e não deve ser apresentado como exemplo de focalização inadequada. Protocolos definidos, oferta sistemática, logística de insumos, seguimento e integração materno-infantil produziram elevada cobertura de testagem e tratamento. Em dezembro de 2025, a OPAS/OMS certificou o Brasil pela eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública, após validação dos critérios de impacto e cobertura (BRASIL, 2025a; BRASIL, 2026c). A lição programática é ampliar para outras oportunidades assistenciais a mesma consistência de processos, sem reduzir a prioridade do pré-natal nem substituir estratégias específicas para gestantes, parcerias e populações-chave.

A disponibilidade operacional ainda é heterogênea. Em estudo com 100 equipes de Saúde da Família de 18 municípios, 93% ofereciam teste rápido e 78,5% o disponibilizavam a qualquer usuário. Contudo, em 89,2% das equipes apenas o enfermeiro realizava a coleta, 55,9% dos profissionais responsáveis não se sentiam seguros para comunicar resultado positivo e somente 12,9% das equipes possuíam fluxograma local ou regional documentado. O fluxo de referência e contrarreferência foi considerado funcional por 29% (ARAÚJO; SOUZA, 2021). Esses dados mostram que possuir insumo não equivale a ter uma linha de cuidado resolutiva.

Pesquisa paulista com 120 profissionais, publicada em 2026, encontrou 60,0% sem participação em capacitações sobre HIV e aids nos cinco anos anteriores e 65,0% que não orientavam o uso de preservativos no momento da distribuição. O estudo construiu um escore de enfrentamento pela soma das ações reportadas e, na comparação entre modelos, os profissionais da Estratégia Saúde da Família apresentaram escore mais elevado, correspondente a 1,68 ação adicional em relação aos profissionais de unidades tradicionais, com destaque para busca de parcerias, acompanhamento de gestantes vivendo com HIV e notificação de IST (CALDANA et al., 2026). O resultado é associativo e baseado em autorrelato, devendo ser interpretado dentro do desenho transversal do estudo.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

Consultas repetidas por sintomas inespecíficos são oportunidades particularmente importantes. O atraso raramente decorre de ausência absoluta de contato com a rede. Pessoas com doença avançada podem ter recebido antibióticos, investigado emagrecimento, tratado candidíase ou procurado urgência mais de uma vez antes da sorologia. A revisão de prontuários e a vigilância de trajetórias anteriores ao diagnóstico podem identificar padrões locais. A unidade pode monitorar, por exemplo, quantas pessoas diagnosticadas com HIV haviam consultado nos doze meses anteriores e em quantos encontros existia condição indicadora ou solicitação de exame não concluída. Esse indicador transforma a noção abstrata de oportunidade perdida em objeto de melhoria da qualidade.

Quadro 2 - Situações de oportunidade diagnóstica e resposta esperada da APS.

Situação	Oportunidade perdida	Conduta organizacional e clínica
Consulta preventiva ou cuidado crônico	Histórico sexual nunca abordado; teste restrito a queixa explícita	Oferta ampliada e normalizada em oportunidades definidas, orientada por história clínica, exposições, testagem anterior e condições indicadoras, com consentimento e sigilo.
Tuberculose ou outra IST	Tratamento do agravo sem investigação integrada	Testar para HIV e assegurar retorno do resultado e vinculação.
Sintomas ou condições indicadoras	Investigação fragmentada e repetição de tratamentos empíricos	Inserir HIV no raciocínio diagnóstico e testar no mesmo ponto de cuidado quando possível.
Pré-natal e puerpério	Teste da gestante sem abordagem das parcerias ou perda de seguimento	Repetir conforme protocolo, abordar parcerias e coordenar cuidado materno-infantil.
PEP PrEP e exposição sexual	Atendimento centrado apenas na prescrição imediata	Testagem inicial e seriada, prevenção combinada e avaliação de outras IST.
Resultado reagente	Encaminhamento burocrático sem confirmação de chegada	Acolhimento, confirmação conforme algoritmo, início oportuno e navegação até o cuidado.
Pessoa idosa ou em relação estável	Suposição de ausência de vida sexual ou de risco	Abordar saúde sexual sem pressupor ausência de atividade sexual ou de exposição; ofertar teste quando houver indicação clínica, epidemiológica ou oportunidade programática.

Fonte: elaborado pelos autores.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

4.2 Estratégias para antecipar o diagnóstico

4.2.1 Oferta normalizada combinada com testagem orientada por indicadores

A testagem baseada exclusivamente em risco depende de revelação, percepção individual e julgamento profissional, podendo falhar quando a pessoa não se reconhece vulnerável ou quando o profissional associa HIV apenas a identidades específicas. A alternativa discutida nesta revisão é combinar oferta ampliada e normalizada em oportunidades definidas pela clínica e pela organização local com testagem orientada por condições indicadoras. Essa proposta dos autores não equivale a recomendação de testar indiscriminadamente toda pessoa em qualquer consulta e não substitui estratégias intensivas voltadas a populações-chave e territórios de maior carga.

A oferta normalizada não significa consentimento presumido. A pessoa deve receber informação compreensível, poder recusar sem prejuízo do atendimento e ter garantia de confidencialidade. A comunicação pré-teste pode ser breve e proporcional ao contexto, desde que esclareça finalidade, janela diagnóstica, significado dos resultados e próximos passos. Recomendações oficiais do Ministério da Saúde sobre diagnóstico, prevenção combinada e fluxos devem orientar a prática. Sugestões de integração a consultas de rotina, alertas de prontuário e indicadores locais apresentadas neste artigo constituem propostas dos autores e dependem de avaliação da gestão, da equipe e da proteção de dados.

Os critérios locais podem considerar epidemiologia, perfil dos usuários, frequência de condições indicadoras e pontos de maior circulação. A testagem pode ser integrada a vacinação, planejamento reprodutivo, cuidado de tuberculose e hepatites, consultas de saúde do homem, saúde da mulher, população idosa e atendimento de demanda espontânea. Alertas no prontuário eletrônico ajudam, desde que sejam clínicos, transparentes e não produzam exposição indevida do status sorológico.

4.2.2 Capacidade da equipe e organização do processo

A descentralização precisa distribuir competências e reduzir a dependência de um único profissional. Quando a realização do teste, a comunicação do resultado, a notificação e o encaminhamento ficam concentrados em uma pessoa da equipe,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

férias, afastamentos ou rotatividade podem interromper o serviço. Isso caracteriza concentração de atribuições e vulnerabilidade organizacional. Não deve ser descrito como sobrecarga de enfermagem sem medida objetiva de carga de trabalho. Médicos, enfermeiros e demais profissionais habilitados devem conhecer o fluxo, enquanto agentes comunitários podem divulgar a oferta e facilitar o acesso sem receber informações clínicas desnecessárias.

Treinamento isolado não resolve problemas de organização. A equipe precisa de sala que assegure privacidade, estoque monitorado, registro padronizado, acesso ao segundo teste ou à confirmação, agenda para acolher demanda espontânea e referência com canal definido. Os resultados de Araújo e Souza (2021) sugerem que a principal lacuna estava menos na disponibilidade inicial do teste do que na segurança profissional e no fluxo posterior. A supervisão apoiadora e a discussão de casos podem reduzir medo de comunicar resultados e evitar encaminhamentos defensivos.

O modelo da Estratégia Saúde da Família oferece vantagens para coordenação do cuidado, mas exige proteção rigorosa do sigilo no território. Neste artigo, busca ativa significa contato planejado com pessoas que necessitam retorno, confirmação, vinculação ou reengajamento, e não procura indiscriminada de possíveis casos na comunidade. O contato deve obedecer aos princípios de finalidade, necessidade, confidencialidade e mínima revelação de informação. Antes de telefonemas, mensagens ou visitas, a equipe deve pactuar canal, horário e linguagem seguros, registrar preferências de contato e evitar revelar o motivo a familiares, vizinhos, empregadores ou outros terceiros. Situações de risco de exposição da sorologia devem ser discutidas com a pessoa e com a equipe responsável pelo cuidado, observando normas éticas, proteção de dados pessoais e autonomia.

4.2.3 Vinculação imediata e coordenação da rede

O intervalo entre diagnóstico confirmado e início efetivo do cuidado constitui um desfecho distinto do atraso diagnóstico. Um resultado reagente de triagem ainda requer conclusão do algoritmo diagnóstico, e o encaminhamento sem confirmação de chegada pode produzir perda de seguimento. A APS, como coordenadora do

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

cuidado, deve manter responsabilidade clínica durante as transições, registrar o desfecho da confirmação, facilitar o acesso ao ponto de referência quando esse for o arranjo municipal e acompanhar condições gerais. Em locais com capacidade e protocolo, etapas do cuidado podem ocorrer na própria APS com apoio matricial. A coordenação do cuidado implica comunicação entre pontos da rede, continuidade informacional e retorno de informações relevantes à equipe de origem.

Pessoas com doença avançada ou sinais de gravidade exigem priorização. A OMS recomenda um pacote diferenciado que inclui avaliação rápida de infecções oportunistas, profilaxias e tratamento quando indicados, além de início rápido da terapia antirretroviral. O início no mesmo dia ou em curto intervalo é desejável quando clinicamente apropriado, mas não é regra absoluta. Condições como meningite criptocócica e algumas formas de tuberculose do sistema nervoso central exigem manejo específico do momento de início da terapia para reduzir complicações. A APS deve reconhecer sinais de gravidade e acionar a referência com comunicação direta, sem transformar a necessidade de avaliação especializada em interrupção da coordenação do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; 2025).

O autoteste pode ampliar privacidade e alcançar pessoas que enfrentam barreiras para usar serviços convencionais. Os números de distribuição devem sempre ser acompanhados do período de referência. Em 2025, o Ministério da Saúde informou a distribuição de 780 mil autotestes e a aquisição de 6,5 milhões de testes combinados para HIV e sífilis, dados referentes às ações daquele ano (BRASIL, 2025a). O resultado reagente do autoteste é uma triagem e não confirma o diagnóstico. A orientação oficial é procurar um serviço de saúde, informar o resultado reagente e realizar testes adicionais em fluxograma diagnóstico completo e validado. Confirmada a infecção, devem ser organizados avaliação clínica, vinculação e início do tratamento conforme indicação (BRASIL, 2026a).

4.2.4 Monitoramento de oportunidades perdidas

Indicadores de volume, como número de testes, são insuficientes quando analisados isoladamente. O monitoramento pode combinar indicadores oficiais e medidas locais de melhoria da qualidade. Entre os oficiais, o Painel Integrado

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

apresenta a cascata do cuidado e o percentual de casos com LT-CD4 inferior a 200 células/mm³. Como propostas dos autores para a APS, podem ser acompanhados distribuição da testagem por idade, sexo, raça ou cor e território, tempo entre diagnóstico confirmado e primeiro atendimento, tempo até início da terapia e proporção de casos avançados com oportunidade documentada de testagem anterior. O uso desses dados deve preservar confidencialidade, evitar identificação em pequenos números e ser interpretado com denominadores adequados (BRASIL, 2026b).

A análise retrospectiva das trajetórias de novos casos avançados é uma ferramenta de melhoria. Para cada caso, a equipe pode verificar contatos prévios com a rede, condições indicadoras, pedidos de exame, recusas documentadas, faltas, encaminhamentos e barreiras relatadas. O objetivo não é responsabilizar individualmente o trabalhador ou o usuário, mas localizar falhas repetidas no processo. Se vários casos passaram por atendimento de tuberculose sem teste, a correção é protocolar; se o problema é perda após resultado reagente, a prioridade é navegação e comunicação entre serviços.

Metas precisam considerar equidade. A média municipal pode melhorar enquanto determinados territórios mantêm alta apresentação tardia. Reuniões entre APS, vigilância, serviços especializados e sociedade civil devem examinar dados por área e ajustar horários, locais e mensagens. O diagnóstico precoce torna-se, assim, responsabilidade compartilhada da rede e não tarefa episódica de campanhas.

Quadro 3 - Indicadores para qualificar o diagnóstico oportuno na APS.

Dimensão	Indicador	Natureza	Uso
Cobertura	Testes realizados por população adscrita e por grupos etários	Proposta dos autores	Detecta baixa oferta, mas não mede sozinho a qualidade.
Equidade	Distribuição dos testados por idade, sexo, raça ou cor e território	Proposta dos autores	Identifica grupos e áreas sistematicamente menos alcançados.
Oportunidade	Percentual de novos casos com primeiro LT-CD4 <200 células/mm³	Indicador oficial no PIMC/PQAVS	Monitora diagnóstico tardio segundo a definição operacional

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

			utilizada na meta brasileira.
Oportunidade complementar	Percentual de novos diagnósticos com LT-CD4 <350 células/mm³	Proposta dos autores, alinhada à definição de apresentação tardia de Antinori et al. (2011)	Permite comparação com estudos internacionais, sem substituir o indicador oficial brasileiro.
Vinculação	Tempo entre diagnóstico confirmado e primeiro atendimento efetivo no cuidado do HIV	Proposta dos autores	Distingue atraso na vinculação de atraso no diagnóstico.
Tratamento	Tempo entre diagnóstico confirmado e início da terapia antirretroviral	Proposta dos autores	Avalia início oportuno, respeitadas exceções clínicas.
Qualidade	Proporção de casos com doença avançada e contato prévio em que havia oportunidade documentada de testagem	Proposta dos autores	Apoia análise de processo sem presumir falha individual.

Fonte: elaborado pelos autores.

4.3 Discussão

A literatura analisada sustenta que diagnóstico tardio, apresentação tardia e atraso na vinculação são produzidos por combinações distintas de vulnerabilidades e barreiras da rede. Idade, sexo e autodeclaração heterossexual não são causas isoladas. Funcionam como marcadores que podem interagir com procura preventiva, percepção de exposição, estigma, racismo estrutural, condições de trabalho, território e padrões de oferta dos serviços. Populações-chave continuam a demandar estratégias específicas devido à maior carga de infecção e a barreiras próprias. A ampliação da oferta em outros grupos deve ocorrer de forma adicional, não substitutiva.

Esse achado questiona a prática de esperar que o usuário solicite o teste ou revele espontaneamente uma exposição. A sexualidade raramente é discutida em consultas gerais, e a confiança necessária para essa conversa pode não existir no primeiro encontro. Uma estratégia de oferta normalizada reduz a carga de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

autodeclaração, enquanto condições indicadoras oferecem uma base clínica objetiva. O equilíbrio é importante. Testar somente quem o profissional considera em risco reproduz estereótipos; testar sem informação e sem consentimento viola autonomia. A resposta adequada combina rotina, indicação clínica, comunicação e escolha.

A APS possui vantagens para antecipar o diagnóstico por longitudinalidade, primeiro contato e coordenação do cuidado, mas sua capacidade é heterogênea. Araújo e Souza (2021) mostraram diferenças entre disponibilidade do teste, segurança para comunicação do resultado e existência de fluxos. Caldana et al. (2026) identificaram associação entre modelo de atenção e maior escore de ações de enfrentamento, sem medir carga de trabalho de enfermagem. Assim, o gargalo não se resume à aquisição de kits e não deve ser descrito genericamente como sobrecarga. Inclui distribuição de competências, educação permanente, privacidade, confirmação diagnóstica, comunicação entre serviços e mecanismos de vinculação.

O desempenho do pré-natal demonstra uma conquista programática: protocolos, metas, logística e responsabilização produziram elevada cobertura e contribuíram para a certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública. Esse resultado não deve ser interpretado como argumento contra a focalização no pré-natal. A implicação é outra: processos igualmente claros podem ser desenvolvidos para outras oportunidades assistenciais, sem reduzir o investimento na saúde materno-infantil. Oferta ampliada na APS e estratégias focalizadas para populações-chave, gestantes, parcerias e territórios prioritários devem coexistir.

O diagnóstico tardio também expõe limites da coordenação regional. No estudo amazônico, parte expressiva dos casos tardios levou mais de sete meses para chegar ao serviço de referência após o diagnóstico (PEREIRA et al., 2024). Embora o desenho não permita atribuir todo o atraso à rede, o dado é incompatível com uma linha de cuidado que pretende iniciar tratamento rapidamente. Municípios devem conhecer o percurso real, e não apenas o fluxo desenhado. Agendamento compartilhado, contato direto entre equipes, devolutiva e acompanhamento pela APS diminuem a chance de perda.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

Há limites importantes nesta revisão. A heterogeneidade das definições e dos limiares de LT-CD4, dos períodos, das populações e dos cenários impede comparar diretamente todas as proporções. Estudos hospitalares super-representam casos graves e não permitem atribuir a apresentação avançada a falhas específicas da APS sem reconstrução da trajetória anterior. Estudos transversais não estabelecem temporalidade e parte das informações sobre práticas profissionais é autorreferida. A literatura brasileira sobre oportunidades perdidas antes do diagnóstico é menos desenvolvida do que a literatura sobre o perfil de pessoas que chegam tardiamente. A busca foi estruturada, mas não sistemática, não houve dupla triagem independente, avaliação formal de risco de viés ou metanálise. A inclusão de documentos normativos de diferentes anos pode introduzir mudanças de definição ao longo do tempo. Indicadores nacionais agregados podem ocultar desigualdades locais e apresentam defasagens distintas entre sistemas. Por fim, a noção de oportunidade perdida foi operacionalizada pelos autores e depende da existência de indicação pertinente e da possibilidade real de testagem em cada contato.

Apesar desses limites, a convergência dos achados é suficiente para orientar ação. A apresentação tardia diminui quando o teste deixa de ser excepcional, quando o profissional reconhece condições indicadoras e quando a rede assume responsabilidade pela etapa posterior ao resultado. O indicador decisivo não é quantos testes foram distribuídos, mas quantas pessoas foram diagnosticadas antes da imunodeficiência, iniciaram tratamento oportunamente e permaneceram em cuidado.

5. Conclusão

O diagnóstico tardio e a apresentação tardia do HIV persistem no Brasil mesmo diante da ampla disponibilidade de testagem e tratamento. A análise conjunta dos desfechos mostra que reconhecer a infecção tarde e vincular tardiamente uma pessoa já diagnosticada são problemas diferentes e exigem respostas específicas. Marcadores como idade, sexo, raça ou cor, orientação ou identidade reportada e território devem ser interpretados em sua dimensão social e programática, evitando explicações biologizantes ou culpabilização individual.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

As oportunidades perdidas na APS não se resumem à ausência de insumos. Podem ocorrer quando uma condição indicadora não é reconhecida, quando a oferta depende de estereótipos, quando o sigilo é frágil, quando as atribuições ficam excessivamente concentradas ou quando um resultado reagente não se converte em confirmação e vinculação. A resposta requer oferta ampliada e normalizada em oportunidades definidas, testagem orientada por condições indicadoras, educação permanente, proteção da confidencialidade e coordenação efetiva entre APS, vigilância e serviços especializados.

Referências

ANDRADE, Lucas Almeida et al. Reduced HIV/AIDS diagnosis rates and increased AIDS mortality due to late diagnosis in Brazil during the COVID-19 pandemic. Scientific Reports, London, v. 13, art. 23003, 2023. DOI: 10.1038/s41598-023-50359-y.

ANTINORI, Andrea et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine, Oxford, v. 12, n. 1, p. 61-64, 2011. DOI: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x.

ARANTES, Lígia Maria Nascimento 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, Basel, v. 15, n. 10, art. 2097, 2023. DOI: 10.3390/v15102097.

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113110.

BAETHGE, Christopher; GOLDBECK-WOOD, Sandra; MERTENS, Stephan. SANRA: a scale for the quality assessment of narrative review articles. Research Integrity and Peer Review, London, v. 4, art. 5, 2019. DOI: 10.1186/s41073-019-0064-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil amplia diagnóstico de HIV e cumpre mais uma meta da ONU. Brasília, DF, 29 nov. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/brasil-amplia-diagnostico-de-hiv-e-cumpre-mais-uma-meta-da-onu. Acesso em: 14 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil elimina transmissão vertical do HIV, da mãe para o bebê, e alcança menor taxa de mortalidade dos últimos anos. Brasília, DF, 2 dez. 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/brasil-elimina-transmissao-vertical-do-hiv-da-mae-para-o-bebe-e-alcanca-menor-taxa-de-mortalidade-dos-ultimos-anos. Acesso em: 14 set. 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, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/rede-cegonha/testes-rapidos-de-hiv-e-sifilis. Acesso em: 14 set. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico. Brasília, DF, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv/diagnostico. Acesso em: 14 set. 2026.

CALDANA, Isabella Cristina da Silva et al. Perfil profissional, conhecimento e atitudes no enfrentamento ao HIV na Atenção Primária. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 39, 2026. DOI: 10.37689/acta-ape/2026AO0082.

DOURADO, Inês et al. What's pregnancy got to do with it? Late presentation to HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. AIDS Care, London, v. 26, n. 12, p. 1514-1520, 2014. DOI: 10.1080/09540121.2014.938016.

FERREIRA, Rosangela Franco Guedes et al. Gender differences in risk factors for delayed diagnosis of HIV/AIDS in a midsized city of Brazil. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, Thousand Oaks, v. 15, n. 2, p. 135-140, 2016. DOI: 10.1177/2325957414553845.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes; PEREIRA, Julio César. Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006. BMC Infectious Diseases, London, v. 12, art. 99, 2012. DOI: 10.1186/1471-2334-12-99.

GREEN, Bart N.; JOHNSON, Claire D.; ADAMS, Alan. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. Journal of Chiropractic Medicine, Amsterdam, v. 5, n. 3, p. 101-117, 2006. DOI: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6.

HERNANDEZ, Christopher Justin et al. Advanced HIV disease at first diagnosis in South Brazil extended beyond traditionally targeted populations: a 10-year hospital-based study (2015-2024). AIDS Research and Treatment, London, v. 2026, art. 6671976, 2026. DOI: 10.1155/arat/6671976.

KHOURY, Zarifa; SILVA, Rebeca de Souza e; VILLELA, Wilza Vieira. Factors associated with a delay in seeking HIV/AIDS treatment in São Paulo, Brazil. AIDS and Behavior, New York, v. 19, n. 4, p. 679-683, 2015. DOI: 10.1007/s10461-014-0885-x.

MACCARTHY, Sarah et al. Making the invisible, visible: a cross-sectional study of late presentation to HIV/AIDS services among men who have sex with men from a large urban center of Brazil. BMC Public Health, London, v. 14, art. 1313, 2014. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1313.

MACCARTHY, Sarah et al. Late presentation to HIV/AIDS care in Brazil among men who self-identify as heterosexual. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, art. 54, 2016a. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006352.

MACCARTHY, Sarah et al. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 40, n. 6, p. 418-426, 2016b.

PEREIRA, Leonn Mendes Soares et al. Sociobehavioral risk factors and clinical implications of late presentation among people living with HIV in the Brazilian Amazon region. AIDS and Behavior, New York, v. 28, p. 3404-3420, 2024. DOI: 10.1007/s10461-024-04437-5.

UNAIDS BRASIL. UNAIDS parabeniza governo brasileiro por alcançar mais uma meta para acabar com a AIDS como problema de saúde pública. Brasília, DF, 1 dez. 2024. Disponível em: https://unaids.org.br/2024/12/unaids-parabeniza-governo-brasileiro-por-alcancar-mais-uma-meta-para-acabar-com-a-aids-como-problema-de-saude-publica/. Acesso em: 14 set. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

VALENTINI, Melissa Bianchetti et al. Evaluation of late presentation for HIV treatment in a reference center in Belo Horizonte, Southeastern Brazil, from 2008 to 2010. Brazilian Journal of Infectious Diseases, Salvador, v. 19, n. 3, p. 253-262, 2015. DOI: 10.1016/j.bjid.2015.01.005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: WHO, 2017. ISBN 978-92-4-155006-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on the management of advanced HIV disease. Geneva: WHO, 2025. ISBN 978-92-4-011816-4.

HIV IN EUROPE. HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. Copenhagen: HIV in Europe, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Validação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids. Brasília, DF, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv. Acesso em: 15 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a eliminação da aids e da transmissão do HIV como problemas de saúde pública no Brasil até 2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 16/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/fcq3ac23
Pages: 1-27

Apêndice A - Estratégias completas de busca.

Quadro 4. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	(HIV[Title/Abstract] OR AIDS[Title/Abstract] OR "HIV Infections"[MeSH Terms]) AND ("late diagnosis"[Title/Abstract] OR "late presentation"[Title/Abstract] OR "advanced HIV disease"[Title/Abstract] OR "missed opportunit*"[Title/Abstract] OR "indicator condition*"[Title/Abstract]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "primary health care"[Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "Family Health Strategy"[Title/Abstract] OR "HIV testing"[Title/Abstract] OR "linkage to care"[Title/Abstract]) AND (Brazil[MeSH Terms] OR Brazil[Title/Abstract] OR Brasil[Title/Abstract]).
SciELO	(HIV OR AIDS) AND ("diagnóstico tardio" OR "apresentação tardia" OR "doença avançada" OR "oportunidades perdidas" OR "condições indicadoras") AND ("atenção primária" OR "atenção básica" OR "estratégia saúde da família" OR testagem OR "vinculação ao cuidado") AND (Brasil OR Brazil).
LILACS/BVS	(HIV OR AIDS) AND ("diagnóstico tardio" OR "apresentação tardia" OR "doença avançada" OR "oportunidades perdidas" OR "condições indicadoras") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Testagem de HIV" OR "vinculação ao cuidado") AND (Brasil OR Brazil).

Fonte: elaborado pelos autores.

*Última busca bibliográfica: 14 de setembro de 2026. Atualização de documentos oficiais nacionais: 15 de setembro de 2026.

CC BY