



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA



INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – HESFA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE

**Fluxograma como ferramenta a consulta de enfermagem as
pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção
Primária à Saúde.**

Mestranda
Carina Fernandes Trindade.

Projeto de Dissertação do mestrado
apresentado ao Programa de Pós
Graduação do mestrado profissional em
atenção primária à saúde para obtenção
do título de Mestre em Atenção Primária à
Saúde.

Dr^a Maria Catarina Salvador da Motta.

Rio de Janeiro
2024.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – HESFA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE



**Fluxograma como ferramenta a consulta de enfermagem as
pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção
Primária à Saúde.**

Mestranda
Carina Fernandes Trindade.

Projeto de Dissertação do mestrado
apresentado ao Programa de Pós
Graduação do mestrado profissional em
atenção primária à saúde para obtenção
do título de Mestre em Atenção Primária à
Saúde.

Dr^a Maria Catarina Salvador da Motta.

Rio de Janeiro
2024.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – HESFA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE



**Fluxograma como ferramenta a consulta de enfermagem as
pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção
Primária à Saúde.**

CARINA FERNANDES TRINDADE.

**Banca Examinadora composta para defesa de Dissertação para a
obtenção do Grau de Mestre em Atenção Primária à Saúde.**

Dr^a Maria Catarina Salvador da Motta
Presidente

Roberto Jose Leal
Examinador Interno

Claudio Jose de Souza
Examinador Externo

AGRADECIMENTO

Primeiramente dedico a Deus, pois sem Ele nada seria e nada teria.

Dedico aos meus familiares, pai Claudio, mãe Sueli, irmã Caren e meu marido Maicon, por todo apoio, incentivo e força nas horas mais difíceis e por ser meu incentivo durante toda minha vida.

Dedico aos meus professores e mestres que com paciência e sabedoria me auxiliaram diante das minhas dificuldades e permaneceram dispostos a me ensinar, orientar e aperfeiçoar profissionalmente.

À minha orientadora, que com paciência e compreensão esteve disposta a compartilhar comigo seu conhecimento, me ajudando e orientando de forma ímpar, sempre disposta e atenciosa, compartilhou comigo suas vivências e experiências.

Dedico aos colegas do mestrado, principalmente ao nosso Grupo 1 que juntos superamos as dificuldades, nos ajudamos, nos apoiamos e nos complementamos para alcançar os desafios impostos, amigos que levarei para a vida.

Dedico o meu gerente na APS André, que logo no início do mestrado me deu força e incentivo, me liberando para cumprir minha carga horária e permitindo meu crescimento profissional como um verdadeiro líder.

Dedico a todos que fizeram parte desse processo.

Meu muito obrigada!

Carina Fernandes Trindade.

EPÍGRAFE

“Quem olha para fora sonha, quem olha para dentro desperta.”

Carl Jung.

ABREVIações

AIDS – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

ABS – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

AB – ATENÇÃO BÁSICA

APPMS - AGENDA DE PRIORIDADES E PESQUISA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

CF – CLÍNICA DA FAMÍLIA

CE – CONSULTA DE ENFERMAGEM

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

COREN – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

CTA – CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HESFA – INSTITUTO DE ATENÇÃO A SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

EMULTI – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PVHIV – PESSOAS VIVENDO COM HIV

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PE – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PE – PROCESSO DE ENFERMAGEM

PEP – PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

PREP – PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO

RA – REGIÃO ADMINISTRATIVA

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

SAE – SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA HIV

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SIM - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

SISCEL - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS

SICLOM - SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS

TCLE –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UBS – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas BVS com os descritores individualizados.....	26
Quadro 2. Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas na BVS com descritores associados em trio.	27
Quadro 3. Distribuição quantitativa das produções científicas realizadas na BVS com descritores HIV, Atenção Primária à Saúde e Percepção, associados em trio.....	28
Quadro 4. Bibliografia Potencial.	29
Quadro 5. Solicitação de exames na primeira consulta conforme orientação do PCDT, 2023, do Ministério da Saúde.	67
Quadro 6. Exame solicitado na primeira consulta, conforme Guia rápido HIV e aids da SMS.....	68
Quadro 7. Rotina de consultas	70
Quadro 8. Exames complementares de acompanhamento PVHI.....	71
Quadro 9. Exames de seguimento PVHIV.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de realização do Teste Rápido (TR1 e TR2) em sequência para diagnóstico do HIV	62
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1. Abordagem inicial ao paciente.....	74
Fluxograma 2. Consulta de Enfermagem a PVHIV na APS.....	76

Resumo

Introdução: O HIV é considerado como um grave problema de saúde pública e viver com HIV não significa ter AIDS. Com isso, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias de políticas de saúde voltadas a qualificação e melhoria da assistência as pessoas que vivem com IV, entre elas, a descentralização da pacientes soropositivos estáveis para a Atenção Primária à Saúde. Esse estudo teve como objetivo geral: Analisar a percepção do enfermeiro acerca da consulta de enfermagem às pessoas vivendo com HIV na APS. Objetivos específicos: a) Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da assistência a PVHIV na APS; b) Discutir as normativas/ protocolos assistenciais que norteiam a assistência do enfermeiro na APS. c) Elaborar um fluxograma assistencial para os profissionais enfermeiros que atuam na assistência a PVHIV na APS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratório, realizado através da metodologia da Pesquisa de Campo. A pesquisa ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, liberado sob o nº Parecer 6.390.139. A pesquisa ocorreu em duas Clínicas da Família localizadas na Zona Oeste, no município do Rio de Janeiro, com nove Enfermeiros de Saúde da Família e Comunidade que atuam na ESF há pelo menos 6 meses. A análise dos dados ocorreu e forma processual, ou seja, realizada simultaneamente com a coleta de dados, buscando descrever à percepção dos enfermeiros acerca da Consulta de Enfermagem realizada as pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde. Segundo Bardin (2011), é indicada a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. **Resultado:** Os dados obtidos foram categorizados em duas categorias: Descentralização: o processo de reorganização e suas limitações na APS e Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: implicações do processo do acompanhamento o HIV. Os resultados mostram a fragilidade do manejo da APS em relação ao acompanhamento do HIV. A descentralização para a Atenção Primária à Saúde é um processo recente e com desafios a serem superados, porém, é visto como um grande avanço para esta as pessoas que vivem com HIV, visto que, reduz a possibilidade da ruptura do diagnóstico, aproxima o território das equipes e fornece oportunidade de acompanhamento amplo e integralizado, porém, o fato do usuário poder escolher onde ser atendido, optando por locais distantes a sua residência, deixa um grande espaço para falhas e faltas às consultas, dificultando assim, a busca ativa da equipe ao usuário e acompanhamento de suas necessidades e visitas domiciliares. Outro ponto importante está na inexistência do fluxo sistematizado para as Consulta de Enfermagem, pois, a partir das entrevistas foi possível perceber o acompanhamento torna-se fragilizado, e a rotina da assistência é determinada pelas equipes de saúde, com inexistência de um fluxo de atendimento gerencial, sendo em muitos casos, a pessoas portadoras do HIV na APS mantendo atendimentos médico/centrado. **Conclusão:** A pesquisa revelou uma fundamental importância da Consulta de Enfermagem para APS. Entre outras estratégias, tem um papel especial na gestão de saúde, auxiliando na adesão e no sucesso do tratamento, identificando precocemente fatores biopsicossociais que podem interferir e comprometer a saúde dos usuários, como também, trabalhar junto ao usuário em suas potencialidades para melhor adesão e participação destes na suas tomadas de decisão e autonomia. Porém, para alcance dessas metas faz-se necessário a melhoria do manejo do HIV pelos profissionais de saúde, mais capacitações, melhoria do acolhimento/ respostas, elaboração de fluxos assistenciais e gerenciais que oportunizem a melhora da assistência. **Palavras-chaves/ Descritores:** HIV, Atenção Primária à Saúde, Cuidado de Enfermagem.

Abstract

Introduction: HIV is considered a serious public health problem and living with HIV does not mean having AIDS. As a result, the Ministry of Health has invested in health policy strategies aimed at qualifying and improving care for people living with IV, including the decentralization of stable HIV-positive patients to Primary Health Care. This study's general objective is to: Analyze nurses' perceptions regarding nursing consultations for people living with HIV in PHC. Specific objectives: a) Describe nurses' perception regarding care for PLHIV in PHC; b) Discuss the care regulations/protocols that guide nurses' care in PHC. c) Prepare a care flowchart for nursing professionals who work in providing care to PLHIV in PHC. **Methodology:** This is a study with a qualitative, descriptive and exploratory approach, carried out using the Field Research methodology. The research took place after approval by the Research Ethics Committee, released under Opinion No. 6,390,139. The research took place in two Family Clinics located in the West Zone, in the city of Rio de Janeiro, with nine Family and Community Health Nurses who have worked in the ESF for at least 6 months. Data analysis occurred in a procedural manner, that is, carried out simultaneously with data collection, seeking to describe the nurses' perception of the Nursing Consultation carried out by people living with HIV in Primary Health Care. According to Bardin (2011), it is The use of content analysis is recommended in three fundamental phases: pre-analysis, exploration of the material and treatment of results - inference and interpretation. **Result:** The data obtained were categorized into two categories: Decentralization: the reorganization process and its limitations in PHC and Nurses' role in Primary Health Care: implications of the HIV monitoring process. The results show the fragility of PHC management in relation to HIV monitoring. Decentralization for Primary Health Care is a recent process with challenges to be overcome, however, it is seen as a major advance for people living with HIV, as it reduces the possibility of breaking the diagnosis, bringing the territory closer to of the teams and provides the opportunity for broad and comprehensive monitoring, however, the fact that the user can choose where to be attended to, opting for locations far from their home, leaves a large space for failures and missed appointments, thus making it difficult for the team to actively search to the user and monitoring their needs and home visits. Another important point is the lack of a systematized flow for Nursing Consultations, as, from the interviews, it was possible to see that monitoring becomes fragile, and the care routine is determined by the health teams, with the lack of a flow of care. management, being in many cases, people with HIV in PHC maintaining medical/centered care. **Conclusion:** The research revealed a fundamental importance of Nursing Consultation for PHC. Among other strategies, it has a special role in health management, helping with adherence and success of treatment, early identifying biopsychosocial factors that can interfere and compromise the health of users, as well as working with the user on their potential for better adherence and participation of these in their decision-making and autonomy. However, to achieve these goals, it is necessary to improve the management of HIV by health professionals, more training, improved reception/responses, development of care and management flows that provide opportunities for improved care.

Keywords/ Descriptors: HIV, Primary Health Care, Perception, Nursing Care

Sumário

1.0 MOTIVAÇÃO	15
2.0 INTRODUÇÃO	17
2.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	19
2.2 OBJETIVO GERAL	20
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2.4 JUSTIFICATIVA	21
2.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	22
2.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	23
3.0 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 REVISÃO INTEGRATIVA	26
3.1.1 RESULTADO DA REVISÃO INTEGRATIVA	30
3.2 A REORIENTAÇÃO NO MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO E SUA IMPORTÂNCIA	32
3.3 HISTÓRIA DO HIV E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	35
3.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO E O RESPALDO ÉTICO	38
3.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.	41
4.0 METODOLOGIA	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	44
4.2 COLETA DE DADOS	44
4.3 LOCAL DO ESTUDO	45
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .	46
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	46
4.6 PRODUÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS VIVENDO COM HIV NA APS	47
4.7 RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS:	47
4.8 ANÁLISE DE DADOS	48
5.0 RESULTADOS	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	50
5.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	51
5.3 ANÁLISE DAS NORMAS E PROTOCOLOS MINISTERIAIS HIV/AIDS	58
5.3.1 DIAGNÓSTICO, RECOMENDAÇÕES INICIAIS E CONTÍNUA PARA PVHIV	

5.4 ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL A CONSULTA DE ENFERMAGEM A PVHIV	73
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	79
7.0 APÊNDICES	84
Apêndice A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	84
Apêndice B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	85
Apêndice C - CRONOGRAMA.....	86
Apêndice D – ORÇAMENTO	88
Apêndice E - INSTRUMENTO DE PILOTAGEM.....	89
8.0 ANEXO.....	91
ANEXO ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	91

1.0 MOTIVAÇÃO

Inicialmente a motivação para este estudo surgiu a partir da minha vivência ainda como graduanda, no campo de prática do estágio e no trabalho de conclusão de curso. Posteriormente, por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher – Instituto de Saúde São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), fui inserida tanto no Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids quanto na APS, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. Essa experiência trouxe inquietações e despertou o interesse por temas que envolvem o HIV. Por meio da minha atuação tanto no primeiro quanto no segundo ano da residência tive a oportunidade de acompanhar e de participar de consultas de enfermagem aos pacientes com HIV/AIDS.

Ao observar a dinâmica do cuidado foi possível perceber que as consultas de enfermagem na rede especializada tinham um lugar de consequência à má adesão ao tratamento pelo paciente, pois, pacientes considerados com difícil adesão ao tratamento eram encaminhados pelos profissionais médicos para acompanhamento com o enfermeiro, às vezes mensal, e só a partir da adesão correta ao tratamento (com carga viral indetectável) este usuário voltava às consultas médicas de rotina.

Já no segundo ano de residência estive inserida tanto no SAE quanto na Clínica da Família e pude perceber a dificuldade dos enfermeiros da APS em relação ao acompanhamento de saúde de pessoas que vivem com HIV e o desconhecimento do seu papel nesse cuidado, por vezes expressados pela inexistência de um fluxograma sistematizado para estes profissionais.

Atualmente, atuo como Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Clínica da Família no município do Rio de Janeiro e a minha maior motivação consiste em qualificar a consulta de enfermagem no acompanhamento da PVHIV, bem como compartilhar com a equipe multiprofissional os conhecimentos adquiridos. A partir da minha vivência tanto no SAE quanto na APS, pude observar que a consulta de enfermagem tem

fundamental relevância para a continuidade do cuidado e bem estar da PVHIV, auxiliando no tratamento médico e atuando na identificação precoce dos fatores que interferem na adesão e na qualidade de vida desses pacientes.

Uma segunda motivação parte da percepção em relação ao número de novos casos de HIV notificados anualmente no Boletim Epidemiológico. Como coordenador do cuidado, o enfermeiro tem em sua competência clínica elaborar estratégias de educação em saúde que vão de encontro à promoção, prevenção, diagnóstico e incentivo ao tratamento oportuno e precoce. Vale a pena destacar que a infecção pelo HIV e aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 420, de 02 de março de 2022), sendo a aids notificação compulsória a partir de 1986 e a infecção por HIV desde 2014 (BRASIL,2022a).

2.0 INTRODUÇÃO

A infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada como um grande problema de saúde pública (LIMA, *et al.* 2021). No curso da infecção o vírus do HIV atua no sistema imunológico dos seres humanos, atacando principalmente os Linfócitos TCD4+, alterando o ácido desoxirribonucleico (DNA) levando a replicação de cópias de si mesmo. No processo da infecção, o vírus rompe os linfócitos em busca de novas células para continuar sua infecção (BRASIL, 2018a).

Sabe-se que o HIV não tem cura, mas tem tratamento e viver com HIV não significa ter AIDS, uma complicação decorrente da infecção do HIV. Contudo, dados oficiais divulgados no boletim epidemiológico 2023 revelam que foram identificados nas bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Exames Laboratoriais (Siscel)/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), entre 1980 até Junho de 2023 um total de 1.124.063 casos de AIDS no Brasil. Com relação ao registro de novos casos de HIV, entre 2007 e Junho 2023 de foram notificados no Sinan 489.594 casos, sendo diagnosticados 43.403 novos casos em 2022. (BRASIL, 2023a).

Ainda sobre os dados epidemiológicos (BRASIL, 2023a) ao comparar os anos de 2020 e 2022 se observa um aumento de 17, 2% de casos de infecção por HIV no Brasil, levando a modificações entre a razão de sexo que antes de 2020 eram de 14 homens para cada 10 mulheres e atualmente passa para 28 homens para cada dez mulheres.

Outro dado importante encontramos ao observar o aumento dos casos de aids em jovens entre 15 a 24 anos, expressos por um total de 52.415 casos notificados e que evidenciam a necessidades das estratégias de políticas públicas voltadas para esta faixa etária, com foco na promoção, prevenção e diagnóstico e tratamento precoce. Desta forma, também é possível observar que em 2022 a ocorrência de infecção de HIV em mulheres em idade fértil representou 78,3%, reforçando a necessidade de estratégias e ações de

planejamento reprodutivo em mulheres entre 15 e 49 anos de idade a construção de Políticas de Saúde voltadas para a promoção da saúde das mulheres, rastreamento de Ist's e prevenção da Transmissão Vertical. (BRASIL, 2023a).

Atualmente, com os avanços do tratamento, incentivos a testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis e até a oferta de autotestagem para HIV associado a atualizações das medicações antirretrovirais com esquemas mais simplificados, a infecção pelo HIV ganhou olhares de cronicidade, antes pacientes eram diagnosticados em estágio avançados de imunodeficiência necessitando de cuidados mais complexos. Com os avanços dessa Linha de cuidado, o Ministério da Saúde através de novas diretrizes passa a descentralizar para outros níveis da assistência o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV em supressão viral, estáveis em esquemas simplificados, sendo estes pacientes direcionados as APS. Até então, o acompanhamento das PVHIV eram focados no modelo médico especializado, infectologistas, através dos Serviço de Atenção Especializada (SAE). (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2022a).

A APS, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), também, conhecidas como Clínicas da Família (CF) são consideradas a porta principal de entrada e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde, entre elas, a promoção e a prevenção de doenças e seus agravos (BRASIL, 2017c).

Entre os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família encontra-se o Enfermeiro. A Consulta de Enfermagem é atividade privativa do Enfermeiro, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº 7.498/86 (COFEN, 1986) e pelo Decreto nº 94.406/1987 (COFEN, 1987) e, ainda de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009) que dispõe que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) devem ser instituídos pelo enfermeiro em todas as consultas de enfermagem, tanto em ambientes públicos quanto privados.

Na APS, o Enfermeiro desempenha o papel de coordenador do cuidado e por meio da Consulta de Enfermagem o acompanhamento de saúde do indivíduo, família e comunidade, compartilhando com a equipe multidisciplinar a integralidade do cuidado de diferentes Linhas, tais como, o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV e outras doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes. As atribuições do profissional enfermeiro serão descritas no capítulo 2.3.

2.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

Sabe-se que o diagnóstico da infecção pelo vírus do HIV pode ser carregado de dificuldades, preconceitos e estigmas e com o intuito de fornecer um acompanhamento adequado e integral a APS tem como atributos a coordenação do cuidado, integralidade e a longitudinalidade, buscando através de estratégias em saúde a promoção, prevenção de agravos, favorecendo o vínculo terapêutico, promovendo o estilo de vida mais saudável e atuando de forma compartilhada com as equipes multiprofissionais em saúde (E-multi/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)(CARVALHO, *et al.* 2020; BRASIL, 2022a).

Por meio da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017c) o modelo de assistência em saúde foi reorganizado e então a ESF passou a ser instituída como um modelo prioritário e as UBS passaram a se consideradas a principal porta de entrada do SUS. A partir deste novo modelo, a PNAB traz em sua diretriz a conformação das equipes de estratégia de saúde da Família: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

No Brasil, o MS tem investido em diversas ações e políticas de saúde voltadas a prevenir e/ou identificar precocemente às infecções sexualmente transmissíveis que pode resultar em graves consequências para a saúde da população de uma forma geral. Algumas ações do MS são citadas no estudo de Brito, J.L.O.P. et al (2017) tais como, o acesso universal as testagem rápidas e a possibilidade do autoexame de HIV, acesso aos medicamentos

antirretrovirais de forma gratuita, Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTAs), consultas de rotina nas APS e especializadas quando necessário, realização de exames e resultados em tempo oportunos.

Infelizmente, com as mudanças políticas no Brasil a APS passou e ainda perpassa por diferentes mudanças nas unidades de saúde e equipes, alterações de protocolos, portarias e resoluções voltadas às linhas e cuidados. Sabemos que diversas equipes de APS ainda estão incompletas e que em muitos casos não possuem o profissional médico vinculado ou apresentam alta rotatividade desses profissionais, dificultando o acompanhamento da assistência em saúde a PVHIV assim como a formação do vínculo com essa população, algo fundamental para o sucesso do tratamento.

Diante do exposto, tendo a APS como principal porta de entrada da rede de saúde do SUS; ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS); considerando o incentivo do MS ao aumento da oferta de testes rápidos como estratégia para enfrentamento ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis e a realização dos testes rápidos pela enfermagem; considerando ainda, a descentralização da assistência das PVHIV do SAE para as APS e que diversas unidades básicas de saúde ainda possuem equipes incompletas, com ausência/rotatividade do profissional médico e com a deficiência de protocolos assistenciais de enfermagem em HIV na APS, tem-se como *Objeto do estudo: A percepção do enfermeiro acerca da consulta de enfermagem as PVHIV na APS.*

Com base no panorama apresentado, a questão que norteou este estudo foi: *Qual a percepção do enfermeiro acerca da consulta de enfermagem às pessoas vivendo com HIV na APS.?*

Frente à questão apresentada, os objetivos deste estudo foram:

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a *percepção do enfermeiro acerca da consulta de enfermagem às pessoas vivendo com HIV na APS.*

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da assistência a PVHIV na APS;
- b) Discutir as normativas/ protocolos assistenciais que norteiam a assistência do enfermeiro na APS.
- c) Elaborar um fluxograma assistencial para os profissionais enfermeiros que atuam na assistência a PVHIV na APS.

No estudo realizado por MATOS e JARDILINO (2016) buscando compreender o sentido de Percepção, tem-se a definição como (pag. 7, 2016):

“Para a psicologia, é o ato pelo qual o espírito organiza suas sensações e reconhece um objeto exterior. Designa também o resultado desse ato” (DUROZOL; ROUSSEL, 1996, p. 359).

“A percepção é o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente” (DAVIDOFF, 1983).

2.4 JUSTIFICATIVA

A partir dos dados fornecidos pelo Boletim Epidemiológico 2023 quando comparado a Boletins Epidemiológicos de anos anteriores é possível observar um crescente aumento da infecção pelo vírus do HIV na população, com destaque para o aumento de novos casos em jovens e mulheres em idade fértil, com isso, a importância da APS na elaboração de estratégias territoriais próximas aos indivíduos, família e comunidade (BRASIL, 2023a).

Considerando que a enfermagem tem buscado por maiores conhecimentos técnico-científico, qualificação e autonomia de sua assistência em saúde; compreendendo a importância que a enfermagem tem para a ESF e

suas potencialidades no bem-estar do indivíduo, família e comunidade, atuando na assistência/ vigilância de saúde, promovendo mudanças de estilo de vida e reforçando a adesão ao tratamento e suas implicações, com conseqüente redução das morbimortalidades decorrentes de doenças crônicas como o HIV, por exemplo, (Brito *et al.*, 2017), e considerando ainda, que a Consulta de Enfermagem é privativa do Enfermeiro, respaldada pela Lei do Exercício Profissional e pela Resolução da Sistematização da Assistência de Enfermagem, este estudo se justifica pela necessidade da qualificação da assistência de enfermagem através de um fluxograma para auxiliar a Consulta de Enfermagem a PVHIV na APS.

2.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Entende-se que este estudo é relevante por se tratar de um tema atual. O vírus do HIV ainda é considerado um problema de saúde pública e o Brasil assumiu um compromisso junto a ONU de combater e reduzir a transmissão do HIV com a meta Unids 95-95-95, com objetivo de erradicar a pandemia de AIDS até 2030, buscando que 95% das PVHIV conheçam tenham acesso ao seu diagnóstico, destas, 95% estejam em tratamento antirretroviral e destes, 95% estejam com a carga viral suprimida ou indetectável (UNAIDS, 2021).

Vale ressaltar, que o tema ou assunto HIV está inserido na Agenda de Prioridades e Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), no Eixo 6 - sobre Doenças Transmissíveis. A construção dessa agenda de prioridades (APPMS) conta com todas as secretarias do MS participando ativamente e as linhas de pesquisa resultantes deste processo foram distribuídas em quatorze eixos temáticos, com destaque no Eixo 6, descrito abaixo (BRASIL, 2018b):

- *Eixo 6 – Doenças transmissíveis*
 - Desenvolvimento e/ou validação de métodos sensíveis para detecção de carga viral para HIV em pacientes que fazem hormonoterapia;

- Análise epidemiológica e/ou farmacológica da interação entre medicamentos Antirretrovirais(ARV) e a hormonoterapia em população trans;
- Avaliação de métodos diagnósticos e estratégias para adesão ao Tratamento Antirretroviral
- (TARV) na população jovem vivendo com HIV/AIDS;
- Análise dos fatores que interferem na adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e desenvolvimento de estratégias de adesão para a população jovem vivendo com HIV;
- Análise dos comportamentos, atitudes e práticas em relação aos riscos e vulnerabilidades para o HIV na população jovem;
- Análise da evolução de indivíduos vivendo com HIV por meio de transmissão vertical;
- Análise da adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV por transmissão vertical;
- Desenvolvimento e/ou avaliação de estratégias de prevenção, tratamento e diagnóstico da coinfeção de pessoas vivendo com HIV, tuberculose, histoplasmose, criptococose, leishmaniose e outras doenças tropicais;
- Avaliação do impacto econômico/social da coinfeção HIV e outras doenças;

2.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Acredita-se que este estudo pode contribuir com a APS/ESF através da elaboração do fluxograma assistencial como ferramenta de auxílio aos profissionais enfermeiros e na qualificação da consulta de enfermagem as PVHIV em acompanhamento na APS.

Espera-se que este estudo possa chegar tanto aos acadêmicos de enfermagem quanto a equipe multiprofissional de saúde, resultando assim numa assistência de enfermagem mais qualificada, centrada no indivíduo e resolutiva, atendendo aos princípios da integralidade e longitudinalidade.

Dessa forma, espera-se contribuir tanto para sociedade como para a economia e política através da redução das complicações relacionadas à infecção pelo HIV; na identificação precoce das infecções oportunistas (IO) e na identificação dos fatores de vulnerabilidades sociais que interferem na adesão da PVHIV ao tratamento. Pois, compreende-se que através de uma assistência qualificada, resolutiva e integral as PVHIV, os resultados impactam diretamente na redução dos casos de internações hospitalares por HIV/AIDS, complicações crônicas e conseqüentemente redução dos números de óbitos decorrentes da má adesão ao tratamento.

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do exposto, foi realizado o levantamento do referencial teórico disponível. O levantamento dos dados teve como foco principal a consulta de enfermagem e o cuidado a PVHIV na APS. Assim, buscaram-se os princípios e diretrizes que regem e regulamentam as atividades privativas do enfermeiro.

Para o levantamento de dados e a elaboração da pergunta norteadora utilizou-se a construção a partir da Prática Baseada em Evidências (PBE). Santos, *et al.* (2007) por meio do seu estudo, traz a PBE como uma forma de avaliação de qualidade, para implementação na assistência.

Ainda de acordo com Santos, *et. al* (2007), a identificação de evidências requer a construção de uma pergunta norteadora de pesquisa e de busca bibliográfica.

Realizou então, através da estratégia PICO a construção da pergunta de pesquisa, apresentada a seguir:

P – Enfermeiros que atuam na APS acerca da assistência à PVHIV;

i – Consulta de enfermagem realizada na atenção primária à saúde as PVHIV na APS;

c – Protocolos assistências do MS acerca da assistência as PVHIV na APS;

o – Percepção dos profissionais enfermeiros acerca da CE realizada à PVHIV na APS.

A partir da estratégia PICO adotada, a pergunta que norteia este estudo é: *“Qual a percepção do enfermeiro acerca da consulta de enfermagem às pessoas vivendo com HIV na APS.?”*.

3.1 REVISÃO INTEGRATIVA

A busca na literatura através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) para a seleção das publicações referentes ao tema, publicados no período dos últimos 5 anos (2019 - 2023). Utilizou-se como descritor em ciência da saúde (DeCS) para a coleta de dados – “HIV”; “Atenção Primária à Saúde” e “Cuidado em Enfermagem”. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos analisados foram: artigos que abordam Consulta de Enfermagem, HIV e Atenção Primária à Saúde, disponíveis na íntegra, com a temática relacionada com o assunto pesquisado, publicados nos últimos 5 anos.

Para esse movimento de busca, foram excluídas as produções que não se tratavam da consulta de enfermagem, Atenção Primária à Saúde e HIV. Após coleta dos artigos, foi realizada a leitura exploratória e seletiva do resultado dessa busca preliminar.

No quadro abaixo estão descritas a quantidade de artigos encontrados nas bases de dados.

Quadro 1. Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas BVS com os descritores individualizados.

Descritores	Totais de artigos disponíveis na MEDLINE	Totais de artigos disponíveis na LILACS	Totais de artigos disponíveis na BDENF
HIV	79840	2501	509
Atenção Primária à Saúde	24011	6019	2069

Cuidado em Enfermagem	28962	5790	5841
-----------------------	-------	------	------

FONTE: Elaboração própria

Considerando a extensa quantidade de produções científicas, optou-se pela busca com os descritores associados em trio utilizando o termo booleano “and” para obtenção de um melhor resultado, conforme o Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas na BVS com descritores associados em trio.

Descritores	Artigos disponíveis na MEDLINE	Artigos disponíveis na LILACS	Artigos disponíveis na BDNF
HV and Atenção Primária à Saúde and Cuidado em Enfermagem	27	19	17

FONTE: Elaboração própria

Com o objetivo de compreender a percepção dos enfermeiros acerca da consulta de enfermagem a PVHIV realizou-se uma nova busca nas bases da BVS com os seguintes descritores em saúde: “HIV”; “Atenção Primária à Saúde” e “Percepção”, Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos analisados critérios da busca anterior, artigos que abordam Percepções, HIV e Atenção Primária à Saúde, disponíveis na íntegra, com a temática relacionada com o assunto pesquisado, publicados nos últimos 5 anos.

Abaixo são apresentadas no quadro 3 a disponibilidade de artigos encontradas entre as bases de dados MEDLINE, BDNF e LILACS, a partir dos descritores acima descritos.

Quadro 3. Distribuição quantitativa das produções científicas realizadas na BVS com descritores HIV, Atenção Primária à Saúde e Percepção, associados em trio.

Descritores	Artigos disponíveis na MEDLINE	Artigos disponíveis na LILACS	Artigos disponíveis na BDNF
HV and Atenção Primária à Saúde and Percepção	32	23	16

FONTE: Elaboração própria

A partir de uma pré-análise da leitura dos títulos e resumos dos artigos, apenas três foram selecionados. Foram excluídos os artigos que não versavam especificamente sobre o tema referido e os que abordavam o sistema de saúde de outros países. Também foram utilizados neste estudo materiais da literatura cinzenta e acesso ao Portal do Ministério da Saúde.

A seguir no quadro abaixo são apresentados os artigos potenciais selecionados onde se realizou a revisão integrativa.

Souza et al (2010) descreve a revisão integrativa como um método que permite a realização da síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, realizado através de 6 etapas descritas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Quadro 4. Bibliografia Potencial.

Título	Autores	Objetivos	Revista	Ano	Principais Conclusões
O CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	COLAÇO AD, MEIRELLES BHS, HEIDEMANN ITSB, VILLARINHO MV	Compreender o processo de cuidado à pessoa com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde de uma capital do sul do Brasil.	Texto & Contexto Enfermag em 2019, v. 28: e20170339	2019	Estudo realizado com 25 enfermeiros que atuam na ESF. O estudo evidenciou as fragilidades e os problemas relacionados a implementação da assistência na APS, assim como, a necessidade da criação de fluxos sistematizados para a consulta realizada pelo enfermeiro.
ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E CAPACITAÇÕES EM SERVIÇO NA DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS PVHIV.	LIMA MCL, PINHO CM, DOURADO CARO, SILVA MAS, ANDRADE MS	Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a descentralização da assistência de pessoas que vive com HIV.	Rev Esc Enferm USP . 2021;55:e20210065	2021	Estudo realizado com 32 enfermeiros que atuam na ESF em Recife. O estudo concluiu que na reorganização da assistência da PVHIV para APS tem como ponto positivo a proximidade e a facilidade no acesso aos serviços, assim como as ações de promoção e prevenção. Como problematização, aponta que a proximidade também é considerada um ponto negativo, pensando no risco de exposição do diagnóstico próximo ao domicílio. Outras problematizações apontadas são a necessidade de melhoria na capacitação dos profissionais, melhor estruturação das ABS, insumos e criação de fluxos gerenciais da assistência.

PERCEPÇÕES DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS SOBRE O CUIDADO OFERECIDO NA ATENÇÃO BÁSICA PERCEPTIONS OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS ABO	PIMENTEL FE, ALONSO CS, FARAH BF, SILVAGA.	Conhecer as percepções de pessoas que vivem com HIV sobre o cuidado que lhes é oferecido na Atenção Básica.	Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. Ago/Dez 2020; 9(2):75-87	2020	Um estudo realizado com 16 PVHIV revela a percepção destes acerca do cuidado oferecido nas ABS. Usuários consideram o serviço como bom, porém não buscam o serviço para acompanhamento do HIV devido medo relacionado à preocupação quanto quebra do sigilo e exposição do diagnóstico nas unidades de saúde próximas a sua residência. O estudo mostra a importância de investir em ações e estratégias para o fortalecimento e qualificação das ABS no que se refere a fluxos e gerenciamento assistencial a PVHIV.
--	--	---	---	------	---

FONTE: Elaboração própria

Diante do apresentado, comprova-se a relevância do presente estudo, uma vez que pelo método de busca evidenciou-se uma incipiência de publicações relacionadas à temática.

3.1.1 RESULTADO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A partir da leitura e exploração dos artigos selecionados foi possível identificar que o Brasil vem trabalhando para melhorar as políticas de saúde e a implantação de ações de combate ao HIV/AIDS, entre estas, acesso ao diagnóstico em tempo oportuno, acesso universal e gratuito às medicações antirretrovirais, consultas e exames de rotinas.

O estudo realizado por Colaço *et al* (2019) com 25 enfermeiros que atuam na ESF na capital Sul do Brasil, abordou as potencialidades relacionadas à reorganização do modelo de atenção em HIV na APS e as

problematizações associadas. Entre outras questões, apontam as dificuldades na instrumentalização da proposta, tais como formação dos profissionais na temática do HIV, a possibilidade de ruptura da confidencialidade do diagnóstico, déficit de profissionais, excesso de demandas e burocracias e a inexistência de um fluxo sistematizado para o atendimento específico do profissional enfermeiro (COLAÇO, A. D, *et al.* 2019).

Lima, *et al* (2021) objetivou através de seu estudo analisar a percepção de enfermeiros sobre a descentralização do atendimento às PVHIV no município de Recife. Inicialmente, a proximidade das APS as residências é abordada como uma barreira para a descentralização, considerando o medo dos pacientes em relação à exposição do diagnóstico e conseqüentemente receios quanto à discriminação associado ao HIV. Contudo, essa proximidade também é considerada como um ponto positivo, levando em consideração a possibilidade de maior acesso a unidade de saúde, envolvimento nas ações de promoção e prevenção a saúde e outros. Outro ponto é a capacitação profissional, apontada quanto à necessidade de aperfeiçoamento e aprimoramento, possibilitando uma tomada de decisão consciente, assim como a necessidade de estabelecimentos de fluxos gerenciais do cuidado (LIMA, M. C. L. *et al.*2021).

Sobre o cuidado ofertado pela AB às PVHIV Pimentel *et al* (2020) relata a percepção das PVHIV relacionadas ao cuidado ofertado pela APS. A partir da entrevista as falas foram categorizadas em 3 categorias: Atenção Básica: um cenário subestimado para prestação de cuidados em HIV; Medo de ruptura do sigilo: obstáculo para buscar cuidados na Atenção Básica e a Perspectiva controversa de cuidado integral sem a participação da Atenção Básica.

Pode-se observar que na primeira categoria os usuários relatam que buscam a ABS para acompanhamento de saúde de questões que não estão relacionadas ao HIV, mas, para sintomas gripais, preventivo, troca de receita ou controle de Diabetes e Hipertensão. Já a segunda categoria, aparece a partir da indagação acerca dos motivos que dificultam a busca dos usuários pelo acompanhamento do HIV pela ABS e medo sobre a exposição do

diagnóstico com ruptura do sigilo é o principal desmotivador. E na última categoria, construída a partir das indagações aos participantes sobre quais serviços de saúde haviam buscado após a confirmação do diagnóstico de HIV e se estes procuraram a AB para realizar acompanhamento, e os achados revelam que o SAE foi tido como o serviço de escolha para o acompanhamento e manejo da soropositividade.

Sabe-se que na configuração do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), os agentes de saúde (ACS) residem em sua grande maioria no território e muitas vezes são vizinhos de PVHIV, o que contribui para a insegurança das PVHIV em relação ao sigilo de seu diagnóstico, preconceitos e estigmas.

Diante do exposto, se percebe a necessidade de educação permanente para os profissionais da APS, da qualificação dos registros, sigilo e acompanhamento dos profissionais que atuam na assistência/ vigilância de saúde, incluindo aos agentes comunitários de saúde (ACS), buscando reforçar a garantia dos direitos da PVHIV e seu tratamento.

3.2 A REORIENTAÇÃO NO MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO E SUA IMPORTÂNCIA

Ao longo de décadas, o sistema de saúde no Brasil passou por diferentes mudanças, com características marcantes e que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Sem dúvida, em 1988, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil deu um grande salto em relação a uma política de saúde mais digna e justa. Nesse sentido, propôs-se garantir o direito da população brasileira ao acesso a uma saúde de qualidade, igualitária e principalmente gratuita, com base na Lei 8.080. Entretanto, infelizmente ainda há muitos desafios a serem superados até que o SUS atinja as características necessárias para assegurar uma melhor qualidade no atendimento em saúde (AGUIAR, 2011).

Em 1994, após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde, que passou então a ser compreendido como uma estratégia de reorientação da assistência em saúde. Esse novo modelo de saúde trouxe consigo características principais com ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, a reabilitação e a manutenção da saúde (LAVRAS, 2011).

Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria 648/2006, cinco anos mais tarde foi atualizada pela Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011) e em setembro de 2017 a PNAB foi atualizada pela Portaria 2.436/2017, resultado da experiência de ações acumuladas no intuito de consolidar o SUS. A partir desta nova política de saúde são estabelecidas as atribuições da ABS e as atribuições dos profissionais de saúde envolvidos na equipe multidisciplinar, entre estes: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017c).

A seguir destacamos uma importante atribuição da Atenção Básica descritas pela PNAB (BRASIL, 2017c):

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

A ABS passa a ser considerada a “porta de entrada” do usuário no sistema de saúde, para ampliar o acesso à assistência, priorizando ações básicas em saúde através do trabalho de uma equipe multidisciplinar, que compartilha características da responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, além do trabalho em equipe dirigido à população que conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) também regida pelos princípios do SUS (FREITAS; SANTOS, 2014; LAVRAS, 2011).

Em sua organização, a PNAB está orientada pelos Princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, através de Diretrizes, tais como: Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do Cuidado, Ordenação das Redes e Participação da Comunidade (BRASIL, 2017c).

Diante desse novo modelo de atenção e cuidado em saúde, surgiram às equipes multiprofissionais, propostas pelo Ministério da Saúde. A PNAB 2017 criou novos arranjos para as equipes de saúde, contando com diferentes profissionais, porém, abordaremos a seguir as duas principais equipes da atenção básica cujo enfermeiro atua.

Principais tipos de equipes de saúde definidas pela PNAB 2017 (BRASIL, 2017c):

- Equipe de Saúde da Família (eSF): Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local;
- Equipe da Atenção Básica (eAB): As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes

comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas pela AB. A gestão municipal poderá compor equipes eABs de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as eABs podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

3.3 HISTÓRIA DO HIV E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, a história da aids se inicia na década de 80 com o registro do primeiro caso de aids nos EUA, Haiti e África Central, em 1982, quando se classificou a nova síndrome. No Brasil, o primeiro caso de aids ocorre em 1980 e é classificado somente em 1982. Também em 1982 ocorre a identificação da transmissão por transfusão sanguínea e a adoção temporária do termo Doença dos 5H (considerada como restrita de um “grupo de risco” formado principalmente por homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de drogas injetáveis (UDI) (Heroinômanos) e profissionais do sexo (hookers) (BRASIL, 2023b; FIOCRUZ, 2023).

No Brasil, em 1983 registra-se primeiro caso de aids no sexo feminino e é notificado o primeiro caso de aids em criança. Também a relato de contaminação em profissionais de saúde. Em 1985, o vírus é identificado e denominado *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Surge o primeiro teste diagnóstico para a doença, baseado na detecção de anticorpos contra o vírus , neste mesmo ano, registra-se o primeiro caso de transmissão vertical (da gestante para o bebê) (BRASIL, 2023b; FIOCRUZ, 2023).

Em 1986, É criado o Programa Nacional de DST e Aids, pelo ministro da Saúde e ocorre o início a utilização do AZT (idovudina), medicamento para pacientes com câncer e o primeiro que reduz a multiplicação do HIV, considerado como câncer gay. Ainda em 86, acontece a Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), e se decide

tornar o dia 1º de dezembro no Dia Mundial de Luta contra a Aids. E neste ano, casos notificados no Brasil chegam a 2.775 (BRASIL, 2023b; FIOCRUZ, 2023).

Em 1988, É criado o Sistema Único de Saúde através da Lei 8.080. O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Ainda em 88, é diagnosticado o primeiro caso de aids na população indígena e agora casos notificados no Brasil somam 4.535.

Em 1991, Inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV) e chegam a 11.805 casos de aids no Brasil. Em 1996 Primeiro consenso em terapia antirretroviral regulamenta a prescrição de medicamentos anti-HIV no Brasil. A Lei 9.313 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV. Com mais de 22 mil casos de Aids, o Brasil registra feminização, interiorização e pauperização da epidemia (BRASIL, 2023b; FIOCRUZ, 2023).

Como já abordado anteriormente, a infecção pelo HIV é considerado como um grave problema de saúde pública. No Brasil, em 2016, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016) aprova a competência do profissional enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos, com o intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e outras Ist's, buscando garantir as diretrizes do Ministério da Saúde para implementar estratégias de acesso ao diagnóstico de HIV, aids e hepatites virais, especialmente em grupos mais vulneráveis, como gestantes (Brasil, 2023b).

A partir dessas ações, com o aumento da oferta de tratamento a todas as pessoas diagnosticadas com HIV/aids vem ocorrendo uma redução no coeficiente de mortalidade por aids, entre 2012 a 2022, verificou-se uma queda de 25,5% no coeficiente de mortalidade no Brasil, que passou de 5,5 para 4,1 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2023a).

Contudo, ainda se tem muitos desafios até que a epidemia de HIV esteja controlada. Alguns desafios ainda estão em: aumentar a oferta de testagem para HIV e outras doenças facilmente diagnosticadas, a qualificação e expansão dos serviços de assistências, a redução dos casos de abandonos de

tratamento e o fortalecimento do combate dos estigmas e preconceitos associados ao diagnóstico de HIV (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023a).

O vírus do HIV atua no sistema imunológico dos seres humanos, infectando os linfócitos T-CD4+, macrófagos e células dendríticas, comprometendo as células de defesa. Após a infecção do vírus HIV, há um período de aproximadamente dez dias, denominado fase eclipse G, antes que o ácido ribonucleico (RNA) viral seja detectável no plasma. A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está associada a um declínio acentuado no número de linfócitos T-CD4+, essa redução associada à ausência de terapia está associada à progressão para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (BRASIL, 2018c).

A principal forma de transmissão do vírus do HIV ocorre pela relação sexual, mas também pelo uso de compartilhamento de objetos perfurocortantes, pela transfusão sanguínea, pela transmissão vertical da mãe para o bebê (via placentária), durante o trabalho de parto ou pela amamentação. O diagnóstico pode ser realizado através de exames e testes diagnósticos associados a sinais e sintomas clínicos (BRASIL, 2018; BRASIL, 2022a)

Medindo esforços, é fundamental que a equipe de saúde reforce a importância de testagem para o HIV e outras Ist's a toda a população com vida sexual ativa, em livre demanda. Estratégias como oferta em grupos de planejamento reprodutivos, consultas de rotinas em diferentes linhas de cuidados e grupos de adolescentes/ jovens, gestantes e puérperas, pode ser uma estratégia oportuna para a oferta e incentivo a testagem (BRASIL, 2022a).

Um avanço no sistema de políticas de saúde relacionada ao HIV/aids, está na notificação obrigatória dos casos. A Aids é de notificação obrigatória desde 1986 pela Portaria nº 542/86, porém a notificação dos casos de HIV só se tornou obrigatórios em 2014, quando através da Portaria nº 1.271/2014. Em 2016 a Lista de Notificações Compulsórias (LNC) foi atualizada pela Portaria nº 204/2016. A obrigatoriedade de notificações dos casos de Hiv/Aids pelos

profissionais de saúde permite ao Ministério da Saúde realizar a observação e análise permanente da situação epidemiológica dessas infecções e é através da análise desses dados que as Políticas de Saúde referentes ao HIV/Aids são definidas (BRASIL, 2023a).

Compreendendo as dimensões e complexidades relacionadas à assistência do paciente com diagnóstico de HIV e pela APS está mais próxima do indivíduo, família e comunidade, a APS tem a oportunidade de intervir mais precocemente em fatores que podem comprometer/ interferir na adesão destes pacientes ao tratamento, identificando as necessidades de saúde da PVHIV e dimensionando seu cuidado a outros níveis assistenciais. Compreende-se que a partir da redução da mortalidade decorrentes da aids, observadas em Boletins epidemiológicos atuais, o HIV ganhou olhares de cronicidade, levando esses usuários a necessidade de acompanhamento de outras questões de saúde que não somente relacionadas ao HIV e que podem ser facilmente acompanhadas na APS (BRASIL, 2022a).

3.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO E O RESPALDO ÉTICO

A consulta de enfermagem (CE) e a Prescrição de Enfermagem (PE) estão entre as atividades privativas do enfermeiro. Regulamentada pela Lei nº 7.948/86 (COFEN, 1986) e pelo Decreto nº 94.406/87 (COFEN, 1986) que dispõe sobre o exercício Profissional de Enfermagem. A Resolução COFEN nº 0544/2017 (COFEN, 2017) institui a CE em todos os níveis de assistência à saúde e a Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e sobre Processo de Enfermagem (PE).

A CE pode ser compreendida como uma estratégia eficaz na detecção precoce das alterações do bem-estar dos indivíduos. Nos atendimentos da demanda espontânea agiliza o atendimento de saúde por identificar riscos e necessidades que o médico precisará abordar. Para tanto, deve ser norteadas

pela (SAE), um método técnico-científico de aplicação específica, que torna o cuidado de Enfermagem mais padronizado, individualizado e organizado (COFEN, 2009).

No âmbito da APS, a Portaria 2.436 de 2017 (BRASIL, 2017c) que estabelece a PNAB, traz, entre outras atribuições, as específicas do Enfermeiro, abordando a Consulta de Enfermagem, procedimentos técnicos, solicitações de exames complementares e a prescrição de medicamentos conforme determinações em protocolos assistenciais, observadas conforme as disposições que regulamentam a profissão, e também determina ao enfermeiro:

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017c);

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017c).

Em 2016, o Parecer Cofen nº 259/2016, reconhece e legitima a atuação do enfermeiro na realização de testes rápidos para HIV e outras Ist's, com orientação pré e pós testagem e determina:

O enfermeiro tem competência técnica e legal para a realização do exame, aconselhamento pré-teste e pós- teste rápido para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, emissão de laudo, realização ou solicitação de exame para confirmação diagnóstica, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação (COFEN, 2016).

Ainda com respaldo do COFEN, a Resolução Cofen nº 358/2017 que trata do Código de Ética da Enfermagem, aborda:

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e

descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COFEN, 2017).

Em relação aos Deveres do Enfermeiro, o Código de Ética (COFEN, 2017), em seu artigo 41, Capítulo II, compete ao Enfermeiro:

“Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza”.

Em 2020, o COFEN emitiu o Parecer de Câmara Técnica Nº 12/2020/CTAS/COFEN acerca da prescrição de PrEP e PEP pelo Enfermeiro e conclui (COFEN, 2020):

“Considerando os demais fatos expostos, principalmente o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, fica claro como a luz solar que é permitido ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos, desde que estejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; Há que se destacar ainda que, para que o enfermeiro possa efetivamente prescrever medicamentos dentre outras atividades, é necessário capacitação técnica e educação continuada e o dimensionamento adequado das equipes, a fim de poder assegurar a assistência de qualidade para o cliente” (COFEN, 2020).

Em 25 de outubro de 2021, Às coordenadorias gerais da APS, através do Ofício Circular S/SUBPAV/SAP/CDT/GSAIDS nº -1/2021 Determina:

Após a realização de treinamento técnico ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os enfermeiros das unidades de atenção primária, na consulta de enfermagem, têm autonomia para prescrever PrEP e PEP quando indicado e solicitado pelo paciente, bem como solicitar exames complementares para o acompanhamento dessa população: TGO, TGP, Creatinina, Clearance de creatinina, Urina tipo I, conforme a recomendação do PCDT 2018, e futuramente, incluído nos protocolos de enfermagem para Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2021).

A partir do exposto e do respaldo técnico apresentado neste capítulo é possível compreender a importância do profissional Enfermeiro para a APS e como este, pode contribuir com ações de estratégias de políticas de saúde

voltadas para a prevenção, redução, diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento de PVHIV em tratamento estável e simplificado, a partir da consulta de enfermagem, identificar fatores que podem interferir na adesão da PVHIV ao seu tratamento, auxiliando de forma eficiente na redução de complicações, agravos e óbitos decorrentes da infecção pelo HIV/aids.

3.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

No trabalho pela redução da morbimortalidade decorrentes do Hiv/Aids no Brasil, as equipes multiprofissionais de saúde buscam cada vez mais por melhorias em sua assistência. Nesse contexto, a enfermagem, na realização do cuidado, através da interpretação e agrupamento de dados obtidos e do histórico de enfermagem, identifica o diagnóstico de enfermagem, estabelece as intervenções de enfermagem e os resultados esperados. Todo esse processo ocorre a partir do Processo de Enfermagem (PE) e da SAE que busca por um plano de cuidado humanizado, específico e direcionado aos problemas reais de cada indivíduo. O PE se constitui em uma ferramenta essencial para a otimização do cuidado e da prática do enfermeiro (SILVA et al.; 2019).

Assim sendo, o (PE) foi introduzido em 1970 por Wanda de Aguiar Horta e é caracterizado como a base da SAE sendo definido pela autora como uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa o ser humano e as necessidades de cuidados de enfermagem (HORTA, 1979). Wanda Horta desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, fundamentada na Teoria da Motivação Humana de Maslow e na denominação de necessidades de João Mohana (HORTA, 1979).

A Resolução COFEN Nº 736/ 2024 (COFEN, 2024), Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Determina ainda que a consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do

Processo de Enfermagem, e no Artigo 4º, determina as etapas do Processo de Enfermagem:

“O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as

competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

Evolução de Enfermagem – *compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.*

A partir do exposto, pode-se perceber a importância que o PE/SAE tem dentro da assistência de enfermagem. Através das etapas do PE o enfermeiro consegue desenvolver uma assistência qualificada, com foco no cuidado individualizado e integral para o indivíduo, família e coletividade. Estabelecendo através da avaliação e do julgamento clínico hipóteses ou explicações relacionados aos problemas de saúde das pessoas que vivem com Hiv/Aids.

4.0 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de abordagem qualitativa, exoratória e descritiva. Para Mattar e Ramos (2021), as pesquisas qualitativas buscam compreender determinados fenômenos em profundidade através da exploração e descrição destes por diversas perspectivas, além de compreender os significados e as interpretações que os participantes da pesquisa denotam a esses fenômenos e às suas experiências.

Sobre a Pesquisa de Campo, Mattar e Ramos (2021), o campo, compreende-se como uma delimitação espacial, é o local do vivido, onde ocorrem os acontecimentos, os fatos, os eventos e onde os comportamentos se manifestam. Na pesquisa, o campo se revela como dinâmico, contraditório e vivo. É no campo, que o pesquisador coleta os dados, analisa, interpreta, compreende, descreve e se surpreende.

Para realização da pesquisa e coleta dos dados, a autora utilizou um questionário semiestruturado, pois este traz muitos sentidos e significados ao estudo. Minayo (2010) descreve que na pesquisa qualitativa, os questionários são complementares as técnicas de aprofundamento, pois, o foco está na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, preocupa-se com os aspectos da realidade, ao passo que o estudo quantitativo, dedica-se a conhecer e a explicar a magnitude dos fenômenos.

4.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para a pesquisa ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 6.390.139 e a validação do instrumento semiestruturado previamente elaborado (Apêndice B), com questões relacionadas ao estudo, à pesquisadora emergiu no Campo de Pesquisa para Coleta de Dados.

Inicialmente, na primeira etapa ocorreu a fase organizacional, onde a pesquisadora se reuniu com a equipe e apresentou o projeto em estudo, no segundo momento, 2º etapa, foi realizada a captação dos participantes, assinatura do TCLE e a entrevista propriamente dita.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, no Documento do Google, salvo no Google Drive com senha de responsabilidade da pesquisadora. Os áudios foram arquivados em Drive para futuras consultas e permaneceram arquivados por um período de 5 anos.

O número de participantes foi estabelecido a partir do critério de saturação e pela observação quanto à repetição das respostas oriundas das narrativas.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu em duas Unidades de Atenção Primária a Saúde (Clínicas da Família), localizadas na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, na área programática 5.2, nos bairros de Campo Grande e Pedra de Guaratiba. As duas clínicas da família foram escolhidas por contar com os maiores números de equipes cadastradas, tendo um total de 14 equipes em ambas.

A Clínica da Família Sonia Maria Ferreira Machado, situada no Bairro de Campo Grande – AP 5.2, conta com 7 equipes de Saúde da Família e Comunidade e o CMS DR Avimar de Carvalho, localizado no bairro da Pedra de Guaratiba – AP 5.2, também possui 7 equipes de Saúde da Família e Comunidade.

Optou-se por realizar o estudo nas duas Clínicas da Família com o maior número de equipes da área programática a partir do critério de conveniência nesta área e segundo o CNES, tem maior número de equipes, ou seja, o maior número de famílias cadastradas entre as áreas programáticas.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A entrevista ocorreu com Enfermeiros de Saúde da Família e Comunidade, foram adotados como critérios de inclusão para os participantes da pesquisa, enfermeiros que tinham no mínimo seis meses de experiência à data da coleta dos dados na atuação assistencial nas Clínicas da Família.

Como critérios de exclusão foram excluídos enfermeiros que não estavam desenvolvendo suas atividades regularmente, por um período mínimo de 30 dias à data da coleta de dados, em decorrência de afastamento de qualquer natureza ou que não estejam vinculados a ESF.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram assegurados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos conforme resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo assim a participação livre e esclarecida, bem como do anonimato dos sujeitos, através de codificação dos nomes, pelo uso da letra E acompanhado de números de acordo com o número da pesquisa (E1, E2, E3...). Os riscos desta pesquisa foram de desconforto emocional, caracterizando a pesquisa como de risco mínimo. A pesquisadora se comprometeu a encerrar a entrevista caso o entrevistado demonstrasse algum tipos de desconforto ou pela solicitação do mesmo a qualquer momento. O participante teve garantido o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais sendo custeada pelo pesquisador.

O projeto foi submetido a todas as instâncias de apreciação conforme determinação legal. Foi realizado o cadastramento na Plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. A pesquisa é autofinanciada, sendo cobertos gastos com passagens, alimentação, impressões e demais materiais com o financiamento próprio, não gerando ônus a SMS-RJ. A pesquisa não oferece nenhum tipo de gasto ou

remuneração aos participantes, por ser uma pesquisa expressamente voluntária. A confidencialidade e privacidade dos participantes foram respeitadas, sendo realizada a pesquisa em local privativo (consultório), e os resultados produzidos serão utilizados somente para fins científicos.

A proposta deste estudo foi apresentada ao Centro de Estudos da Cap 5.2 para obtenção de autorização da realização da coleta de dados nas unidades selecionada para o estudo, por meio da assinatura do Termo de Anuência (TA) (Anexo A).

4.6 PRODUÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS VIVENDO COM HIV NA APS

Após a coleta dos dados empíricos foi realizado um estudo bibliográfico complementar a cerca dos protocolos e diretrizes relacionados a assistência as pessoas com HIV adultos. Com isto, foi possível a análise e discussão das entrevistas, bem como a elaboração da versão alfa (preliminar) do fluxograma digital que foi direcionado aos profissionais enfermeiros que atuam no cenário da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro. Nessa fase, foram consultadas as recomendações do Ministério da Saúde, além de artigos científicos (pólo teórico), relacionados às boas práticas da Consulta de enfermagem as PVHIV. A confecção do texto do fluxograma levou em consideração também os dados obtidos nas entrevistas (pólo empírico). Em sequência, com auxílio de designer gráfico, foi elaborada a arte, por meio da confecção de figuras e formatação, configuração e diagramação das páginas, concluindo a fase de construção da versão alfa (preliminar) do material.

O Fluxograma recebeu como título a denominação de “Fluxo Assistencial a Consulta de Enfermagem a PVHIV”, apresentado no capítulo 4.4.

4.7 RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em diferente grau. Sendo garantido ao entrevistado o sigilo, bem como anonimato por meio do questionário semiestruturado.

A pesquisa é classificada como mínimo, sendo compreendida basicamente como desconforto emocional. Para minimizar esse risco a pesquisadora adotou as seguintes precauções, a fim de garantir o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos participantes: a) codificação dos entrevistados atribuindo aos participantes pseudônimos; b) restrição do acesso ao banco de dados da pesquisa, arquivada em Drive com proteção de senha pela pesquisadora; c) foi ofertado suporte em emocional e acolhimento ao entrevistado e se necessário; d) o encerramento da entrevista.

No que diz respeito aos benefícios, pretende-se que esta investigação contribua para a elaboração de um fluxograma como ferramenta para auxiliar a Consulta de Enfermagem ao paciente portador de HIV em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise ocorreu de forma processual, ou seja, realizada simultaneamente com a coleta de dados, buscando descrever a percepção dos enfermeiros acerca da Consulta de Enfermagem realizada as pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde.

Segundo Bardin (2011), é indicada a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Na primeira fase é utilizado uma leitura flutuante, que é uma verificação primária do conteúdo, ou seja, há uma interpretação de maneira resumida no discurso dos participantes da pesquisa. Na segunda fase é a exploração do material, que é uma investigação codificada das unidades coletadas, onde o pesquisador retira das falas dos entrevistados unidades de sentido, que são o cerne daquele discurso. Na

terceira fase é feito o tratamento dos resultados, onde o pesquisador busca tornar significativo aos dados colhidos, criando assim um meio de divulgação desse conteúdo, a fim de tornar visível a percepção dos enfermeiros acerca da consulta de Enfermagem as Pessoas que vivem com HIV na Atenção Primária à Saúde.

5.0 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados os dados de acordo com a coleta de dados.

As entrevistas foram analisadas e categorizadas em duas categorias: *Descentralização: o processo de reorganização e suas limitações na APS e Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde: implicações do processo do acompanhamento o HIV.*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A partir da análise foi possível traçar o perfil relacionado ao sexo e tempo de atuação dos profissionais como Enfermeiros de ESF. A amostra foi composta por 9 enfermeiros, a maioria do sexo feminino (78%). Em relação ao perfil profissional dos enfermeiros, estes apresentam tempo de atuação como com média de 7 anos, tendo variações de 1 ano a 18 anos de experiência como enfermeiros de Saúde da Família e Comunidade.

As entrevistas aconteceram em duas Clínicas da Família da CAP 5.2, com enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa após assinatura do TCLE. Espera-se uma perspectiva de aperfeiçoamento e qualificação para o processo de trabalho e nas Consultas de Enfermagem as pessoas vivendo com HIV.

Sujeitos: A entrevista ocorreu com 9 enfermeiros que estavam atuando na época da coleta de Dados. Na CF Sonia Maria, 1 enfermeiro estava afastado por 30 dias e 1 enfermeiro apresentou tempo de atuação menor que 6 meses. Já No CMS Alvimar de Carvalho, dos 7 enfermeiros, 2 estavam afastados por um período de 30 dias e 1 enfermeiro apresentou tempo de atuação menor do que 6 meses.

5.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

A seguir são apresentadas as categorias, relatos e a discussão pertinente aos dados encontrados.

Descentralização: o processo de reorganização e suas limitações na APS

Na percepção dos enfermeiros, a descentralização das pessoas que vivem com HIV, estáveis, para a APS é considerada como um avanço e um grande benefício para esta população, pois, devido à proximidade da APS com o domicílio, há melhor formação de vínculo, possibilidade do acompanhamento pela equipe mais próximo permitindo assim, identificar mais facilmente as fragilidades e limitações que podem interferir na adesão destes indivíduos ao tratamento.

E1 - “Eu acho isso um ganho para o paciente, ele poder ser atendido na unidade básica, não só nas especialidades, por que as unidades especializadas além de ser longe, eles têm difícil acesso e na unidade de saúde básica, eles tem o vínculo com o profissional que está atendendo.”

E2- “Eu percebo a descentralização assim, o fato de ser uma doença autoimune, uma coisa muito boa, porque assim, o tratamento, o acompanhamento, só tem mesmo na rede SUS. Se você quiser pagar um tratamento para esse tipo de patologia fica uma coisa muito cara, então a descentralização, mesmo sendo ainda um pouco precária, eu acha que ele tem um papel muito importante, né, o acompanhamento que a gente tem com o paciente, o cuidado né? e assim, até o nível médico mesmo e de enfermagem.

E4 – “Eu digo que foi um ganho da Atenção Primária né? E, ter essa estrutura de hoje e os nossos assistidos poderem escolher aonde eles podem está realizando o tratamento, onde que eles podem está sendo direcionados e não ter aquela visibilidade, aquela condenação que tem e que existia antigamente e que hoje em dia não, foi um plus muito grande para a Atenção Primária”.

E8 – “Hoje em dia a gente tem muitos HIVs, pacientes que vem de outras áreas fazer acompanhamento em uma clínica que não é território dele, até mesmo por um conforto maior, porque muitas pessoas conhecidas, vizinhos pra ele conseguir acessar a unidade e não ter essa barreira com ninguém, porque fica pensando assim: Será que fulano sabe? Será que fulano vai desconfiar? Então assim, na

minha equipe, por exemplo, eu tenho muitos pacientes que não são do território mais acessa a clínica para fazer essa consulta semestral e fazer o acompanhamento.

Carvalho et al., (2020), realizou um estudo com médicos que atuam na ESF em Florianópolis sobre a Descentralização da assistência das PVHIV que vem ocorrendo gradativamente desde 2016. Observou-se em suas discussões que a partir da Descentralização, ouve uma importante redução no número de encaminhamentos para redes especializadas e conseqüente aumento de prescrições de TARV pelas APS.

Ainda com a descentralização para as APS, muitos usuários ainda apresentam resistência a serem acompanhados na Clínica da Família, questionando seu atendimento pelo enfermeiro, preferindo o atendimento pelo profissional médico. Compreendemos que, ao serem referenciadas as CF essas populações que antes eram atendidas exclusivamente por médicos especializados, infectologistas, agora passam a um atendimento por médicos de família e enfermeiros de família, e pelo desconhecimento do papel da equipe de ESF se sentem inferiorizados. Destacamos as falas a seguir que evidenciam essas percepções.

E3 – “Porque antes eles iam para determinadas unidades e aí eles eram atendidos com os especialista e hoje isso teve fim né? Essa questão. E aí, eles vem pra cá e acabam questionando a gente: Poxa, mas lá eu era acompanhado pelo especialista e aí agora mandaram a gente voltar pra unidade de referência do nosso território”.

E4- “Então, muitos deles não gostam de está realizando o atendimento pelo enfermeiro... A minha área é muito vulnerável, então assim, tem muitos assistidos né? muitos até chegam até mim, falam que não vê nenhuma diferenciação relacionada ao médico ou enfermeiro mas, muitas preferem realmente ta realizando esse atendimento pelo médico, né? Ah, é médico, é doutor! Assim, nos deixando pouquinho menosprezados relacionados a nossa capacidade, né?”

Melo et a., (2021) realizou uma pesquisa em Clínicas da Família sobre o cuidado ofertado as PVHIV na APS: reconfigurações na rede de atenção à

saúde, e percebeu-se que no processo de Descentralização, a ampliação do acesso a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatite B e C fez com que fosse repensado o processo de oferta de cuidado no caso de HIV, ampliando também o acesso a tratamento oportuno.

Outra preocupação, está relacionada ao medo quanto a quebra de sigilo, também apontada no estudo de Melo et al, (2021). A proximidade do território, a organização do processo de testagem e a disponibilização do resultado preocupam usuários, pois neste momento, pode ocorrer a identificação de pessoas residentes do bairro que estão se testando, bem como a observação quanto a reação apresentada no momento da entrega do resultado.

A partir da Nota Técnica 04 do Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2019) fica determinado que o acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde por pessoas que vivem com HIV/AIDS passa a ter liberdade de escolha quanto ao local onde desejam ter seu acompanhamento de saúde (BRASIL, 2019).

Essa determinação traz facilidades e significa um avanço para as PVHIV, promove autonomia dos usuários, reduzindo medos e angústias quanto à possibilidade da quebra do sigilo diagnóstico, do medo de serem reconhecidos por seus vizinhos enquanto aguardam por atendimento na unidade de referência ou até mesmo, por não desejarem ser acompanhados por agentes de saúde próximo ao seu domicílio.

Porém, a partir dos relatos dos entrevistados, foi possível identificar a angústia das equipes em acompanhar usuários que não possuem vínculo com o território adscrito. Essa “liberdade de escolha” da PVHIV ser atendido em um local de sua preferência, onde ele se sinta mais confortável, também é considerado como uma limitação/ barreira do acompanhamento pelas equipes, pois, usuários advindos de outros territórios para o acompanhamento em Clínicas da Família distantes do seu domicílio tornam-se um limitador da vigilância em saúde e do acompanhamento integral/ longitudinal.

E5 – “Eles ficam um pouco inibidos de virem aqui, né? Vem muito mais pra poder pegar o medicamento e quando a gente solicita

os exames de rotina, eles dizem que já fazem no particular, que não precisa, tem uma resistência muito grande. Eu inclusive, já tentei fazer uma agenda aqui é pra um atendimento lá em cima, em um lugar mais reservado e fiz um apanhado de todos os pacientes que eu tinha, na época eram quase 20 e só vieram 3”.

E7 – “Elas podem fazer tratamento onde elas quiserem, então até para eu monitorar este paciente é muito difícil, por exemplo, na minha listagem de pessoas com HIV aqui da unidade eu tenho 18 atualmente, eu tenho 17 que são fora daqui, então pra mim, este monitoramento eu acho muito difícil, porque o cara não mora no território, eu tenho dificuldade de agenda por que eu vou dá prioridade infelizmente para um usuário que é da área...”.

Através dos relatos observou-se que as PVHIV fora do território, em sua grande maioria, buscam a unidade apenas para o tratamento do HIV e/ou demanda livre para renovação de receitas, solicitação de exames e queixas pontuais, faltando as consulta programada/ agendada, há pouco vínculo entre a equipe e o paciente, com isso há limitações de busca ativa/ acompanhamento pelo agente de saúde e equipe.

LIMA, MCL et al., (2021) ao considerar que o atendimento as PVHIV para as APS é necessário contextualizar sobre o movimento de transição e ampliação do acesso e da integralidade entre os níveis da assistência, assim como, a necessidade de preencher lacunas sobre a concretização do processo e da responsabilização dos profissionais quanto ao atendimento das PVHIV.

Carvalho et al., (2020), corrobora que o processo de descentralização ainda é recente, cercado de polêmicas e pouco estudado no Brasil. Os profissionais entrevistados reconhecem as limitações do atendimento, tais como as equipes de saúde incompletas, dificuldade em manter uma estrutura mínima de recursos humanos e materiais, rotatividade dos profissionais e a sobre carga de trabalho.

Todos esses desafios impactam no processo de absorção e a no atendimento das PVHIV na APS, limitando e dificultando o acompanhamento e adesão dos usuários, levando profissionais de saúde a se preocuparem com o nível e qualidade da oferta de sua assistência.

Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde: implicações do processo do acompanhamento o HIV.

Em relação à atuação do enfermeiro no acompanhamento das PVHIV na APS, os entrevistados reconhecem a inexistência de um fluxo sistematizado para a Consulta de Enfermagem e consideram a inexistência da capacitação/qualificação profissional no que se refere ao HIV.

A inexistência do fluxo e da sistematização a Consulta de Enfermagem reduz a autonomia profissional em relação à tomada de decisões e conduta diante das necessidades apresentadas pelas PVHIV, um dificultador nessa assistência, levando o enfermeiro a realizar interconsulta e/ou encaminhar estes usuários ao atendimento médico para sanar suas necessidades de saúde de forma recorrente, ou até mesmo, em muitos casos, observa-se através das falas que enfermeiros deixam de agendar PVHIV, por acreditarem que é uma linha complexa, com demandas de saúde que devem ser acompanhadas somente pelo médico da equipe. Abaixo, estão destacados relatos que evidenciam essas percepções.

E1 – “...Você não ter um protocolo específico para o profissional enfermeiro, ditando o que o profissional enfermeiro deve e pode fazer, então a dúvida acarreta, talvez, a má condução do caso”

E3-“ Então, eles se sentem até um pouco perdidos, né?! Porque antes eles iam para determinadas unidades e aí eles eram atendidos com os especialistas e hoje isso teve fim né? Essa questão, e aí, eles vem pra cá e acabam questionando a gente: Poxa, mas lá eu era acompanhado pelo especialista e aí agora mandaram a gente voltar pra unidade de referência do nosso território”.

E5 – “A gente tem os nossos cadernos de atendimentos, mas, como é uma linha que quando eu cheguei aqui já era assim, e acredito que em todas as clínicas sejam assim, é muito deficiente a adesão é muito baixa e a gente acaba se baseando mais no Pré Natal, na puericultura, dessa linha a gente acaba pegando as coisas quando esse paciente chega aqui, então, hoje, se você pedir pra eu falar como é o fluxo, eu não vou saber te falar como eu falaria de um Pré Natal por exemplo.

E6- “Ainda é um fluxo que existe bastante dúvidas pelos profissionais né, tanto médicos quanto enfermeiro mas, eu vejo, que

com o decorrer do tempo ta melhorando a cada dia... Em relação ao fluxo dos enfermeiros ainda é um fluxo muito engessado, sem direcionamento limitando a atuação dos enfermeiros nesse protocolo”.

E7 – “Então eu na minha equipe, tento colocar a maioria das consultas para o médico, não por falta de confiança ou porque acho que não posso fazer, não por isso, mas, como te falei, eu só posso fazer X e esse paciente precisa de X, Y, Z, W, J e aí muitas das vezes eu naquela consulta não consigo resolver o que ele precisa então o que eu faço com a minha médica, às vezes eu pego o paciente que ela está atendendo e agente troca pra poder fazer tudo que este paciente precisa e sair daqui com tudo resolvido”.

E8 – “Outras limitações estão na solicitação de exames que a gente precisa de um carimbo médico... a gente precisa fazer uma interconsulta né, a gente não tem autonomia para fazer uma consulta por inteiro”.

E9 – “Em relação às limitações, a gente fica dependente deles né, acaba que a gente pode solicitar os exames, mas, na hora de darmos a notícia, iniciar o protocolo a gente precisa do médico que muitas das vezes eles não querem participar disso. Minha experiência na clínica é eles tem um pouco de resistência quanto a isso, de acompanhar, a iniciar também, agora que não tô não, mas tive outras experiências de dificuldades deles mesmo de acompanhamento, de o médico manter esse acompanhamento”...Eu acho que precisa realmente ser implementado, elaborado muitas coisas”.

No estudo de Lima et al., (2021) a partir das falas dos seus entrevistados observou-se a realização do TR como principal porta de entrada e principal atribuição do enfermeiro, tendo somente estes profissionais recebido treinamento e capacitação para realização. Observou-se ainda, que o processo de reorganização do modelo assistencial para as APS, a assistência do Enfermeiro ainda está muito vinculada à realização do TR, assim como, a deficiência de comprometimento das demais categoriais que compõem a equipe da ESF (Lima et al., 2021).

E o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem?

O artigo de LIMA, MCL et al., (2021b) corrobora em seu estudo com as barreiras que dificultam a consolidação do processo de descentralização, apontando pontos negativos como necessidade de capacitação profissional, déficit de recursos humanos, rotatividade dos profissionais, ausência e apoio

matricial, assim como, aumento da sobrecarga de trabalho, carência de materiais e insumos, proximidade geográfica da APS com domicílio e o medo da quebra de sigilo.

Em relação ao fluxo de atendimento podemos observar que as equipes da ESF, possuem estratégias distintas para rotinas de atendimentos as PVHIV, ou seja, usuários com mesmo diagnóstico recebem tratamentos diferentes a depender do fluxo instituído pela sua equipe. Porém, quando questionados, nenhum enfermeiro conseguiu de maneira clara expressar como ocorre e/ou como deveria ocorrer o fluxo de atendimento às PVHIV na APS em sua opinião, o que demonstra a insegurança e a inexistência de conhecimento a cerca dos protocolos que regem a linha do HIV.

O que se pode perceber, é a preocupação dos enfermeiros relacionado à inexistência de um fluxo da unidade para está linha de cuidado, desde a entrada, no acolhimento a conduta da equipe, pois, quando a PVHIV buscar por atendimento em demanda livre e/ou programada na unidade há sempre uma preocupação quanto a exposição do diagnóstico dentro da unidade ou é percebido uma preocupação por parte dos usuários a essa exposição.

E1- “certamente se tivesse um protocolo específico a ser seguido o padrão de atendimento melhoraria muito. Não tem ideia de como esse fluxo deveria ocorrer”.

E3 – “Acho que o fluxo deveria ser como tem que ser, a cada seis meses uma consulta com médico e uma com enfermeiro, só que nem sempre isso acontece”.

E4 – “Eu realizo o fluxo com alguns assistidos que não vê nenhum bloqueio com a gente, eu realizo com eles esse mesmo protocolo, mesmo tendo esse protocolo de 6 em 6 meses, eu faço com eles uma consulta entre esses 6 meses, uma consulta trimestral com eles, para eles terem o vínculo juntamente comigo, não somente para o médico que vai fazer uma renovação de carga viral ou a renovação de sua receita, então eles precisam ter esse retorno com o enfermeiro, pelo menos antes do término dos 6 meses, isso faço dentro da minha equipe, isso é uma particularidade minha tá, não são todas não”.

E5 – “O paciente, ele não tem um fluxo específico para ele e ele vem concorrer ao atendimento junto com outros pacientes e devido a esse motivo, que seja ele o principal, eles ficam um pouco inibidos de virem aqui né, vem muito mais pra poder pegar o medicamento”.

E6 – “E como esse fluxo deveria ocorrer? Eu acho que o enfermeiro deveria ter mais autonomia para este atendimento a essa linha de cuidado”.

E7 – “O que eu tento programar, eu tenho uma planilha com os 18 que eu te falei e eu vou tentando organizar as consultas semestralmente, tentando distribuir pra tentar fazer as coisa, muitas das vezes eu não consigo, como falei, muitos não são moradores da área ou são moradores da área e não se sentem confortáveis de vir fazer o tratamento aqui então fica aquele jogo né, a gente tenta mas muita das vezes a gente não consegue”.

LIMA, MCL et al., (2021b), aponta falhas estruturais na organização do modelo assistencial/gerencial que refletem no processo de trabalho das APS e na qualidade do serviço ofertado pelos profissionais aos usuários de saúde e dificultando o processo de Descentralização e corrobora com a necessidade de qualificação do processo do atendimento as PVHIV na APS.

Ainda, segundo o autor, é constatada a necessidade de capacitação profissional no processo de formação e no aprimoramento das habilidades e competências a tomada de decisões, que tem impacto na atuação do enfermeiro e na assistência as PVHIV (LIMA, MCL et al., 2021b).

Nesse interim, observa-se a necessidade de reorganização não somente do processo de reorientação do atendimento das PVHIV, mas também, da necessidade de investir em qualificação e na capacitação dos profissionais que compõem as equipes da ESF, oportunizando a melhoria da assistência e dos fluxos da APS.

5.3 ANÁLISE DAS NORMAS E PROTOCOLOS MINISTERIAIS HIV/AIDS

Na história política de combate à epidemia do HIV no Brasil iniciado após o primeiro caso confirmado na década de 80, podemos observar diferentes ações, estratégias e metas que o Brasil tem realizado com o objetivo de diminuir, identificar e tratar precocemente as pessoas diagnosticadas com o vírus do HIV. Ações como Prevenção Combinada, maior oferta de testagem

para HIV, acesso ao tratamento medicamentoso de forma gratuita, oferta de PrEP e PEP por médicos e enfermeiros, garantia dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV entre outros, logo, com os avanços no tratamento a infecção pelo HIV ganha olhares de cronicidade e as PVHIV apresentam necessidades de saúde que demandam acompanhamento a nível da atenção primária, tais como: Hipertensão, Diabetes Mellitus, rotinas de saúde do homem/mulher (rastreamento de câncer de mama, ovário próstata), Pré-Natal entre outras linhas de cuidados que fazem parte do escopo da APS.

Com o objetivo de tornar o acompanhamento de saúde mais próximo do domicílio da PVHIV, indivíduos com diagnóstico de HIV, estáveis, passam a ser referenciados a APS, contando com acompanhamento de saúde do médico, enfermeiro, agente de saúde (ACS), odontologia e se necessário, apoio da equipe E-multi (Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social e outros).

Na APS, um passo importante para o diagnóstico e o tratamento oportuno se dá a partir da oferta de testagem para o HIV e outras Ist's, que em sua grande maioria, são realizados pelo enfermeiro, ato regulamentado pela Cofen (COFEN, 2016).

Com o objetivo de compreender as normas e protocolos do MS voltados a PVHIV na APS, foram selecionados os Manuais Técnicos e Diretrizes de saúde do MS, atualizados, referente à assistência à PVHIV e espera-se a partir dessa síntese, identificar as principais atribuições do Enfermeiro para acompanhamento das PVHIV na APS e posteriormente propor o fluxograma assistencial de enfermagem para PVHIV na Atenção Primária à Saúde.

- Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças (BRASIL, 2018b).
- PCDT de Manejo do HIV em Adultos (BRASIL, 2018a)
- PCDT de Manejo do HIV em Adultos – Módulo I: Tratamento (BRASIL, 2023)
- Caderno de APS 18 – (BRASIL, 2022a)
- Guia rápido de Infecção pelo HIV e AIDS – (BRASIL, 2022b).

- Cuidado Integral à pessoa que vivem com HIV pela Atenção Básica:
Manual para a equipe Multiprofissional – (BRASIL, 2017a).

Vale ressaltar que dentro das esferas governamentais, o Ministério da Saúde elabora Protocolos, Portarias e Manuais Técnicos específicos que em muitos casos divergem com orientações, protocolos e cadernos assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde, devido protocolos Locais/ Regionais que regem a Atenção Primária à Saúde, tornando a assistência de Enfermagem distinta nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

5.3.1 DIAGNÓSTICO, RECOMENDAÇÕES INICIAIS E CONTÍNUA PARA PVHIV

Toda pessoa sexualmente exposta deve ter orientação quanto à realização de exame para HIV e outras IST's, infelizmente, uma parcela alta de pessoas exposta tem seu diagnóstico já em estado avançado do HIV/aids, levando a complicações decorrentes da ausência da TARV (BRASIL, 2018a).

Inicialmente o diagnóstico de HIV era realizado por meio de coleta de amostra sanguínea e o resultado obtido em até 4 horas. Os testes realizados, até então, eram Imunoensaio (IE) de quatro gerações diferentes, especificados abaixo (BRASIL, 2018c):

- Primeira geração (deixaram de ser utilizados pelos laboratórios como rotina) – Teste de formato indireto, a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humana. A janela imunológica versava entre 35 a 45 dias).
- Segunda geração - Formato indireto, utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. Comparando com os ensaios de primeira geração, estes são

mais sensíveis e específicos. A janela de soroconversão dos ensaios de segunda geração é de 25 a 35 dias.

- Terceira geração - formato “sanduíche” (ou imunométrico). Utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos tanto na fase sólida quanto sob a forma de conjugado. Esse formato permite a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. A possibilidade de detectar anticorpos da classe IgM torna esse ensaio mais sensível do que os de gerações anteriores, aumentando sua especificidade. Em média, a janela imunológica é de 20 a 30 dias.
- Quarta Geração – Também de formato sanduíche” (ou imunométrico), detecta todas as classes de imunoglobulinas contra proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados das glicoproteínas gp41 e gp120/160. Em média, a janela imunológica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias.

Com os avanços nos testes laboratoriais, atualmente, o diagnóstico do HIV e outras IST's como Hepatite B e C e também de Sífilis pode ser realizado através de Testes rápidos (Testes de Imunoensaios Simples), com resultado em até 30 minutos, realizado na presença do indivíduo, com amostra obtida por sangue pelo punção digital ou por fluido oral. O teste rápido pode ser realizado em ambiente laboratorial ou não, por este motivo, agilidade no resultado e baixo custo, os testes rápidos tem tido sua oferta ampliada a locais não laboratoriais como Atenção Básica, Maternidades, Rede de urgência e emergências e outras instituições de saúde, permitindo assim, acesso mais rápido ao diagnóstico e conseqüentemente, tratamento mais oportuno (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018c).

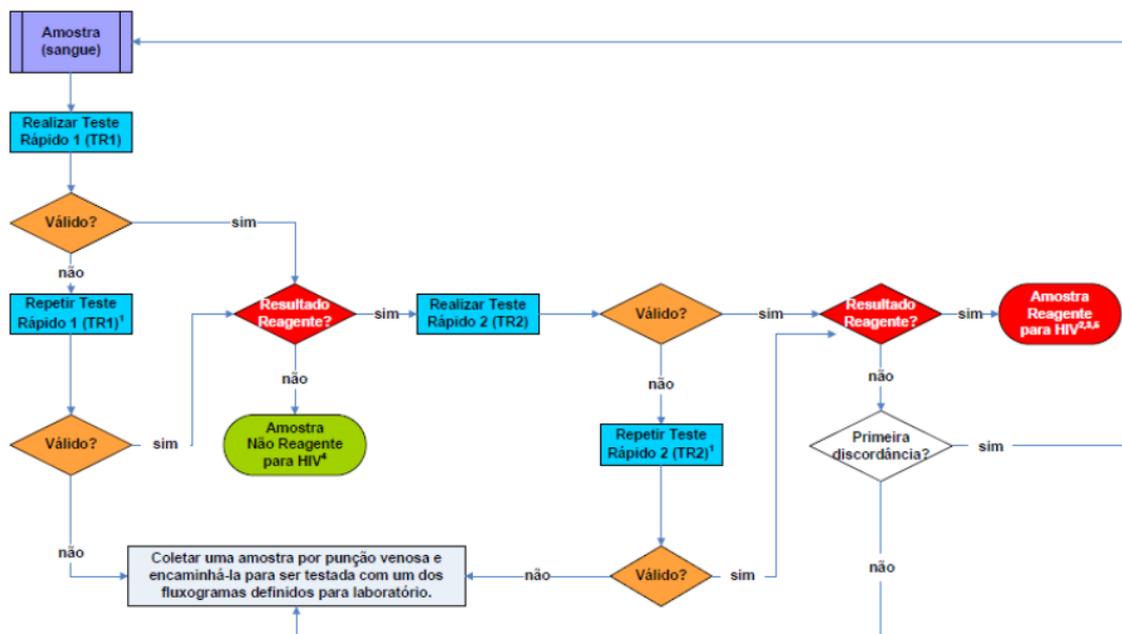
Atualmente, o indivíduo tem a possibilidade de realizar o autoteste, com coleta da poupa digital ou fluido oral realizado pelo próprio indivíduo. Este considerado como teste de triagem e em caso de resultado reagente, o

indivíduo deverá procurar a unidade de saúde pra nova avaliação e conduta. Os testes rápidos devem ser realizados por profissionais capacitado, presencialmente ou na forma à distância (EAD) e atualmente, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) fornece capacitação a distância gratuitamente por meio da plataforma Telelab, plataforma digital. (BRASIL, 2018c).

Conforme descrito no capítulo 2.4, o Enfermeiro possui regulamentação do Cofen para atuar na realização do exame, aconselhamento pré e pós testagem, emissão de laudo e solicitação de exames diagnósticos (COFEN, 2016).

Desde o início da epidemia HIV, o MS orienta a realização de dois testes confirmatórios para o diagnóstico do HIV. Desta forma orienta-se a realização do primeiro teste o mais sensível, seguido por um segundo teste mais específico, a fim de eliminar resultados falso-reagentes. Abaixo, a figura 1 mostra o fluxograma proposto pelo Manual de Diagnóstico HIV do Ministério da Saúde.

Figura 1. Fluxograma de realização do Teste Rápido (TR1 e TR2) em sequência para diagnóstico do HIV



Fonte: Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. BRASIL, 2018.

A partir do resultado Reagente em dois testes rápidos, todo indivíduo deverá ter solicitado imediatamente o exame de quantificação de carga viral (CV), cujo resultado confirma a presença do vírus e a contagem de linfócitos T-CD4+, sendo esses exames solicitados por médicos e enfermeiros (BRASIL, 2018c).

O PCDT Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018, traz recomendações pertinentes ao manejo inicial e contínuo das PVHIV. Em setembro de 2023, este PCDT é atualizado após a 121ª Reunião Ordinária da Conitec realizada em agosto de 2023, trazendo novas orientações relacionadas ao tratamento de PVHIV adultas.

Sabe-se que o acesso a TARV reduz significativamente riscos de complicações e infecções oportunista, reduzindo as morbimortalidades associadas a aids. No entanto, no Brasil, o diagnóstico tende a ser feito já em estado avançados de imunossupressão, sendo frequentemente encontrado em pessoas co-infectadas com Tuberculose, o que reduz significativamente a sobrevida da PVHIV (BRASIL, 2023c).

Nos últimos anos. No Brasil, pessoas com diagnóstico e início oportuno da TARV, apresentam toxicidade e desenvolvimento de comorbidades decorrentes do processo de envelhecimento e cronicidade do HIV. Atualmente, cerca de 180 mil pessoas estão em TARV e têm idade superior a 50 anos, estabelecendo como essenciais a abordagem ao estilo de vida e a prevenção e manejo de condições crônicas não transmissíveis na agenda de cuidado(BRASIL, 2023c) .

O PCDT, 2018, considera que o cuidado contínuo a PVHIV passa por 5 momentos (BRASIL, 2018a):

- Diagnostico oportuno;
- Vinculação do individuo HIV positivo a um serviço de saúde;

- Sua retenção no seguimento, por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos;
- Início da TARV e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado;
- A supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida comparável a das pessoas que não possuem o HIV

O manejo da PVHIV deve ser multiprofissional, o MS lançou em 2017 o manual para a equipe multiprofissional - Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica (BRASIL, 2017a), através deste manual é possível encontrar orientações como: Acolhimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS; Como reconhecemos a infecção pelo HIV e a AIDS; Como o HIV é transmitido, diagnóstico e prevenção; Notificação, Tratamento; Estigma e preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras questões relacionadas ao HIV/AIDS. Contudo, o Manual não especifica o papel do profissional enfermeiro diante deste cuidado, ressalta-se a existência de diversos materiais e manuais voltados para Manejo do HIV na AB: manual para médicos.

Em 2022, o MS lançou a atualização do Caderno de Atenção Básica nº 18 - HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis com o objetivo de qualificar e auxiliar a conduta dos profissionais que atuam na APS e orienta o cuidado centrado na pessoa e não na doença, permitindo assim, captar medos, angústias e fatores que podem interferir no tratamento. A partir dessa atualização, são definidas as atribuições da APS para a efetivação do cuidado a PVHIV e as atribuições descritas aos enfermeiros, destacadas a seguir (BRASIL, 2022a):

- Realizar consulta de enfermagem, executar procedimentos, solicitar exames complementares;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- Abordar medos e expectativas com relação ao tratamento e evolução do HIV;

- Verificar e reforçar a adesão;
- Orientar sobre possíveis eventos adversos das medicações;
- Reforçar as orientações de prevenção de outras IST e solicitar exames
- Diagnóstico sem caso de exposição sexual de risco;
- Realizar rastreamento de sífilis, hepatites B e C, clamídia e gonococo, de acordo com os protocolos;
- Solicitar contagem de LT-CD4+, CV-HIV e outros exames indicados;
- Discutir planejamento familiar, saúde sexual e métodos anticoncepcionais;
- Avaliar sintomas de TB e verificar indicação de profilaxia para infecção latente da tuberculose (ILTb);
- Avaliar rastreamentos indicados (colpocitologia oncótica e mamografia) e vacinas;
- Realizar interconsulta médica no caso de sinais e sintomas ou avaliação de Exames complementares, quando necessário;
- Realizar vigilância com relação à realização dos exames e à presença em consultas na APS e/ou serviços especializados;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados;
- Avaliar e orientar encaminhamento aos serviços de assistência no território em caso de situação de vulnerabilidades e necessidade de proteção social;
- Promover a coordenação do cuidado.

A partir das atribuições estabelecidas e descritas acima, é possível observar que o MS tem trabalhado na construção de manuais que auxiliem os profissionais enfermeiros a qualificar a consulta de enfermagem, porém, ainda são necessárias outras ações para que os profissionais se sintam verdadeiramente aptos a prestar esta assistência, considerando que em muitas unidades a falta do profissional médico e que em muitos casos o enfermeiro acaba exercendo o papel de acompanhamento das PVHIV de forma limitada, vale destacar, que à prescrição das medicações antirretrovirais não fazem

parte do protocolo de prescrição do enfermeiro nas Clínicas da Família, levando estes profissionais a buscarem por auxílio de outros médicos não vinculados a equipe. Considerando ainda, a necessidade de se estabelecer capacitações clínicas, apoio matricial, discussões de casos e consultas compartilhadas entre a rede especializada e a APS.

O PCDT 2023, traz rotinas de consultas e exames preconizados para as PVHIV, porém, o protocolo não define o tempo de intervalo a cada consulta e nem especifica qual a rotina de consultas para enfermeiros e médicos.

O Guia rápido de infecção pelo HIV e aids 2022 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro busca orientar de maneira simplificada a tomada de decisão e conduta da equipe que atua na APS, através deste guia, orienta que o acompanhamento da PVHIV pode ser estruturado a partir do olhar do cuidado, realizado através de etapas delimitadas, identificando tarefas e lacunas a partir de uma sequência de consultas. Neste guia rápido, na Etapa 2 que trata do Monitoramento de pacientes com carga viral indetectável e boa Tolerância ao TARV a orientação para as consultas de PVHIV na APS é Realizar consulta médica semestral e determina as consultas de enfermagem conforme necessidades do paciente (BRASIL, 2022b).

Mas se o enfermeiro faz parte da equipe da APS e este profissional atua através das Consultas de Enfermagem em diferentes linhas de cuidado com consultas programadas a fim de compartilhar o cuidado, promover a saúde e um estilo de vida mais saudável com envelhecimento ativo entre outras etapas do ciclo de vida. Considerando que a PVHIV, no caso de mulheres soropositivas, necessitam realizar rastreamento anual de câncer de colo de útero (o colpocitológico deve ser coletado semestralmente se $CD4 < 200$ células/mm³ e anualmente se > 200 células/mm³); planejamento reprodutivo para aquelas que não desejam engravidar com oferta de contraceptivos oral, injetável ou métodos de barreira como DIU Cobre, realizado também por enfermeiros, oferta e possibilidade de PrEP para parceria soro-discordante, assim como, exames de rastreio para infecção latente da tuberculose – PPD e testes rápidos para outras IST's (hepatite B e C e Sífilis), e que todos estas

necessidades fazem parte da competência de enfermeiros habilitados na APS, acreditamos que estas necessidades de saúde podem estar programadas no fluxo de Consulta de Enfermagem e não a partir da necessidade do paciente.

A partir do diagnóstico da infecção pelo vírus do HIV, PCDT 2023 preconiza a abordagem inicial com o objetivo de identificar o estágio clínico da infecção pelo HIV, avaliar a presença de coinfeções ou comorbidades, conhecer as vulnerabilidades socioculturais do usuário e estabelecer uma relação de confiança e respeito com a equipe multiprofissional do serviço de saúde, permitindo a pronta vinculação ao serviço de saúde. Na avaliação inicial é realizada a anamnese através da linguagem acessível e compreensiva ao usuário, buscando identificar a história médica atual e pregressa, histórico psicossocial e familiar, exame físico completo, exames complementares, conhecimento de seus contextos de vida e parcerias, saúde reprodutiva, riscos e vulnerabilidades entre outros (BRASIL, 2023c).

Abaixo são descritas a rotina da assistência orientada pelo PCDT do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023c) e também as orientações assistenciais preconizadas pelo Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através do Guia Rápido de Infecção HIV e aids 2022 para Profissionais da APS (BRASIL, 2022b).

Com relação à solicitação de exames na primeira consulta o PCDT (BRASIL, 2023c), orienta:

Quadro 5. Solicitação de exames na primeira consulta conforme orientação do PCDT, 2023, do Ministério da Saúde.

Exames relacionados ao HIV:
Contagem de LT-CD4+ e exame de carga viral do HIV (CV-HIV) Genotipagem pré-tratamento ^(a)
Exames laboratoriais:
Hemograma completo Glicemia de jejum Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos) Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina)
Avaliação de coinfeções, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e comorbidades:

Fonte: PCDT Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Modulo I – Tratamento, 2023.

Com relação à orientação do Guia Rápido HIV e aids da SMS, Prefeitura do Rio de Janeiro, 2022, segue abaixo a lista de exames a ser solicitado na primeira consulta/ avaliação.

Quadro 6. Exame solicitado na primeira consulta, conforme Guia rápido HIV e aids da SMS.

EXAME	MOTIVO / ORIENTAÇÕES
Contagem de linfócitos T CD4+*	Avalia o grau de imunossupressão e a necessidade de quimioprofilaxia primária. Em pessoas não infectadas pelo HIV, os valores normais são acima de 500 células/mm ³ . Manifestações clínicas, entretanto, podem ocorrer com valores inferiores a 350 células/mm ³ , e a maioria das infecções oportunistas ocorre apenas com valores inferiores a 200 células/mm ³ .
Carga viral do HIV*	Cargas virais mais elevadas estão associadas a maior transmissibilidade, potencial para progressão mais rápida da doença e doença mais avançada. Atualmente, o limite de detecção da carga viral é de 40 cópias/ml, com a CV considerada indetectável abaixo disso. Carga viral até 5 mil cópias/ml é considerada baixa; entre 5 mil e 30 mil cópias, moderada; de 30 mil a 100 mil, alta; e acima de 100 mil, muito alta. Atualmente, para a realização da genotipagem, o exame precisa ter uma carga viral mínima de 500 cópias.
Creatinina	Doença renal crônica pode ser causada pela própria infecção pelo HIV ou por suas comorbidades, em especial diabetes e hipertensão. É importante determinar o nível sérico de creatinina e calcular a taxa de filtração glomerular, pois o tenofovir deve ser utilizado com cautela na presença de alteração da função renal (contraindicado em TFG < 60ml/min). Para o cálculo da TFG, pode ser utilizada a fórmula de Cockcroft Gault ou o CKD-Epi.

continua

Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anemia pode estar presente em qualquer estágio da doença, mas é mais frequente em estágios mais avançados. Se presente, é importante investigar, também, outras causas, como deficiência de ferro, de vitamina B12 e de ácido fólico. ■ Leucopenia, incluindo linfopenia e neutropenia, são frequentes, especialmente em estágios mais avançados. ■ Eosinofilia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por alergia a medicamentos, como sulfonamidas, e pela infestação por parasitas. ■ Trombocitopenia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por infecções oportunistas, ou ser idiopática.
Enzimas hepáticas (transaminases e fosfatase alcalina) e bilirrubinas	As transaminases podem estar elevadas na infecção aguda pelo HIV, na presença de coinfeções e pelo uso de TARV.
Elementos anormais e sedimentos (EAS) da urina	O EAS permite identificar proteinúria, que pode ser contraindicação para iniciar tenofovir. Pacientes com proteinúria confirmada em novo exame devem ser encaminhados para avaliação com especialista.
Radiografia de tórax**	Para identificação de tuberculose pulmonar ativa.
PPD OU IGRA	<p>Para investigação de infecção latente da tuberculose (ILTb), considerar possibilidade de ILTB, quando PPD ≥ 5mm ou IGRA positivo. Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes sem tuberculose ativa, com CD4 > 350 células/mm³, PPD ≥ 5mm ou IGRA positivo, deve-se realizar tratamento da ILTB com isoniazida na dose de 300mg/dia por 6 a 9 meses ou com o novo esquema 3HP (isoniazida e rifapentina, 1x/semana por 3 meses); ■ Pacientes com CD4 ≤ 350 células/mm³, após exclusão de TB ativa, também devem fazer o uso da isoniazida comp. de 300mg (1 comp./dia), preferencialmente ou 3HP, sem necessidade de realizar o PPD ou IGRA. <p>Se o IGRA for indeterminado, o exame deve ser repetido.</p>
Sorologias	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes com HBsAg positivo e com anti-HBc IgM positivo devem ser encaminhados para acompanhamento de hepatite B aguda***. ■ Pacientes com HBsAg e anti-HBc total positivos, mas com anti-HBc IgM negativo devem ser encaminhados para referência em hepatite B crônica. ■ Pacientes com TR positivo para hepatite C, solicitar PCR RNA quantitativo para o vírus C (carga viral). Caso carga viral detectável, encaminhar para a referência em tratamento para hepatite C. ■ Pacientes com HBsAg e Anti-HBs negativos devem ser vacinados para hepatite B. ■ Pacientes com anti-HAV IgG negativo devem ser encaminhados para vacinação. ■ Pacientes com HTLV I ou II devem ser orientados a reforçar o uso do preservativo, mesmo se carga viral do HIV indetectável. Além disso, deve-se atentar para a interpretação do CD4, uma vez que ele pode ser falsamente mais elevado em pacientes com coinfeção, dificultando a interpretação de infecções oportunistas. ■ Pacientes sem tratamento prévio para sífilis devem fazer teste rápido. Caso tenha tratamento prévio, solicitar VDRL. ■ Pacientes com teste rápido para sífilis ou VDRL positivo devem ser tratados para sífilis de acordo com as recomendações para infecções sexualmente transmissíveis, do PCDT IST, do MS.
Em teste rápido: hepatite B, hepatite C, sífilis (caso nunca tenha tratado no passado); Em sangue venoso: anti-HAV, HTLV I e II.	
Se TR de hepatite B positivo: anti-HBc total e IgM.	
Se TR de hepatite B negativo: anti-HBs.	
Se já tratou sífilis no passado ou TR positivo: VDRL.	
Colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum	São solicitados para avaliar o risco cardiovascular, que está aumentado na infecção pelo HIV. Pacientes com infecção pelo HIV têm maior risco de desenvolver resistência à insulina e diabetes.
Teste de gravidez (TIG ou β-HCG)	Deve ser solicitado se houver possibilidade de gestação, para encaminhamento mais precoce, caso a gestação seja confirmada.

Fonte: guia rápido : infecção pelo HIV e AIDS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

Com relação à rotina de consultas médicas o PCDT de Manejo do HIV em adultos (BRASIL, 2023c) orienta:

Quadro 7. Rotina de consultas

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO ^(a)	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após introdução ou alteração da TARV	Entre 7 e 15 dias	Observar e manejar eventos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão. Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde. Essa consulta pode ser realizada por profissionais da enfermagem, farmacêuticos clínicos ou outras abordagens ofertadas pelo serviço.
Até adaptação à TARV	Mensal/ bimestral	Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde.
PVHA em TARV com supressão viral e assintomática	Até 6 meses	Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica. Manejar comorbidades.
PVHA em TARV sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	Avaliar falhas na adesão e seus motivos. Verificar possibilidade de resistência(s) viral(is) à TARV e necessidade de troca. Avaliar e investigar sintomas. Manejar comorbidades não controladas.

Fonte: PCDT Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Modulo I – Tratamento, 2023.

Orientando ainda, que nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional (BRASIL, 2023c).

De acordo com o Guia rápido de infecção pelo HIV e AIDS SMSRJ, (BRASIL, 2022b), A frequência das consultas é variável, a depender da fase do tratamento e de como o paciente se apresenta durante o tratamento (quadro clínico). Inicialmente, as consultas devem ser mais frequentes, quinzenais ou mensais, para apoio emocional em relação ao diagnóstico, coleta das informações relevantes, que geralmente não são esgotadas na primeira consulta, e avaliação dos exames laboratoriais.

Ainda de acordo com o Guia rápido, após a introdução medicamentosa, TARV, orienta-se o retorno do paciente em sete dias, para avaliar a presença de efeitos adversos e a adesão ao tratamento. Posteriormente, as consultas podem ser agendadas mensalmente, para observar a adaptação do paciente à TARV. Pacientes com boa adesão as medicações, apresentando supressão da carga viral (carga viral indetectável) em pelo menos, duas aferições consecutivas, podem ser avaliados pelo médico duas vezes por ano.

Com relação à rotina de acompanhamento de exames complementares, O PCDT (BRASIL, 2023c) orienta:

Quadro 8. Exames complementares de acompanhamento PVHI.

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÃO ^(a)
Hemograma completo	Sim	6-12 meses	Repetir em 2 a 8 semanas se início ou troca de TARV com zidovudina Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de zidovudina ou outros medicamentos mielotóxicos
Creatinina sérica e Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe)^(b)	Sim	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão)
Exame básico de urina	Sim	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto,

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÃO ^(a)
			proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão)
AST, ALT, FA, BT e Frações	Sim	3-12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de medicamentos hepatotóxicos, doença hepática ou coinfeções com HCV ou HBV
CT, LDL, HDL, VLDL e TGL	Sim	Anual	Intervalo de 6 meses em caso de alteração na última análise
Glicemia de jejum ^(c)	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL
PT ou IGRA	Sim	Anual, se exame inicial < 5 mm ou negativo	Iniciar tratamento para infecção latente quando PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo e excluída TB ativa
Teste imunológico para sífilis^(d)	Sim	Semestral/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição
Anti-HCV	Sim	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou em caso de suspeita de infecção aguda
Triagem HBV (HBsAg e anti-HBc total)	Sim	Avaliação inicial	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição Vacinar pessoas não imunizadas Pessoas imunizadas (anti-HBs reagentes) não necessitam nova triagem para HBV

Fonte: PCDT Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Modulo I – Tratamento, 2023.

No Guia Rápido de Infecção HIV e aids, SMSRJ 2022, na APS, preconiza-se:

Quadro 9. Exames de seguimento PVHIV.

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Contagem de LT-CD4+	Sim	Vide "observações"	Pacientes ainda sintomáticos ou com carga viral ainda detectável
			Pacientes em uso de TARV com carga viral indetectável
			Manter solicitação, com frequência variável, conforme situação clínica.
			CD4 < 350 células/mm ³ A cada 6 meses
			CD4 > 350 células/mm ³ em dois exames consecutivos, com, pelo menos, 6 meses de intervalo
			Não solicitar
EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Carga viral (CV)	Sim	6 meses	Repetir 2 a 3 meses após o início de TARV para avaliação da resposta virológica e, se indetectável, repetir a cada 6 meses.
Hemograma	Sim	6-12 meses	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos.
Avaliação hepática e renal (TGO, TGP, Cr, EAS)	Sim	Anual	Intervalo geralmente de 3 a 6 meses em pacientes em uso de TARV. Considerar ampliar o intervalo do EAS (até 12 meses) em pacientes com baixo risco de lesão renal.
Cálculo do clearance da creatinina ou taxa de filtração glomerular (p.ex.: pelo CKD-Epi)	Sim	Anual, em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos)	Intervalo geralmente de 3 a 6 meses em pacientes em uso de TARV. Considerar ampliar o intervalo do EAS (até 12 meses) em pacientes com baixo risco de lesão renal.
Avaliação do risco cardiovascular	Sim	Anual	Homens > 40 anos e mulheres > 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
Prova tuberculínica (PPD) ou IGRA	Sim	Anual, se o PPD inicial for < 5mm ou se o IGRA for negativo	Indicar tratamento da infecção latente quando PT ≥ 5mm para pacientes com CD4 > 350 células/mm ³ . Todas as PVHA com contagem de linfócitos T-CD4 + inferior ou igual a 350 células/mm ³ devem receber o tratamento para ILTB, quando a PT não for disponível, desde que afastada tuberculose ativa.
Teste rápido para sífilis e hepatite C	Sim	6 meses	—
EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Dosagem de lipídios	Sim	Anual	—
Glicemia de jejum	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL.
Fundoscopia	—	6 meses, em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm ³	Solicitar sempre que houver queixa de escotomas ou visão turva (principalmente em pacientes com CD4 < 100).
Rastreamento de neoplasias	—	—	Abordar no diagnóstico e conforme a indicação.
Avaliação neuropsiquiátrica	—	—	Abordar no diagnóstico e conforme a indicação.

Fonte: Guia rápido : infecção pelo HIV e AIDS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

Espera-se que o paciente apresente carga viral indetectável em até 6 meses do início da TARV, caso isso não ocorrer, deve-se verificar a adesão do paciente à medicação. Se o paciente informar que não está tomando as medicações adequadamente, deve-se reforçar a adesão ao tratamento e repetir o exame em dois meses. Se o paciente referir uma boa adesão ao tratamento e, ainda assim, a carga viral estiver detectável, deve-se encaminhar ao especialista (BRASIL, 2022b).

5.4 ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL A CONSULTA DE ENFERMAGEM A PVHIV

A partir de todo conteúdo estudado, das entrevistas realizadas e da leitura minuciosa de manuais e protocolos do Ministério da Saúde e do Guia Rápido HIV da Prefeitura do Rio de Janeiro, foi possível a elaboração do fluxograma preliminar e posteriormente o fluxograma alfa.

O Fluxograma 1 é descrito a partir da busca do indivíduo a realização dos testes rápidos até o diagnóstico positivo para o HIV.

Podemos perceber ao longo do estudo que Enfermeiros possui fundamental importância na realização da Pré e Pós testagem, fornecendo através destas, informações relevantes acerca da Prevenção, diagnósticos e tratamentos oportunos.

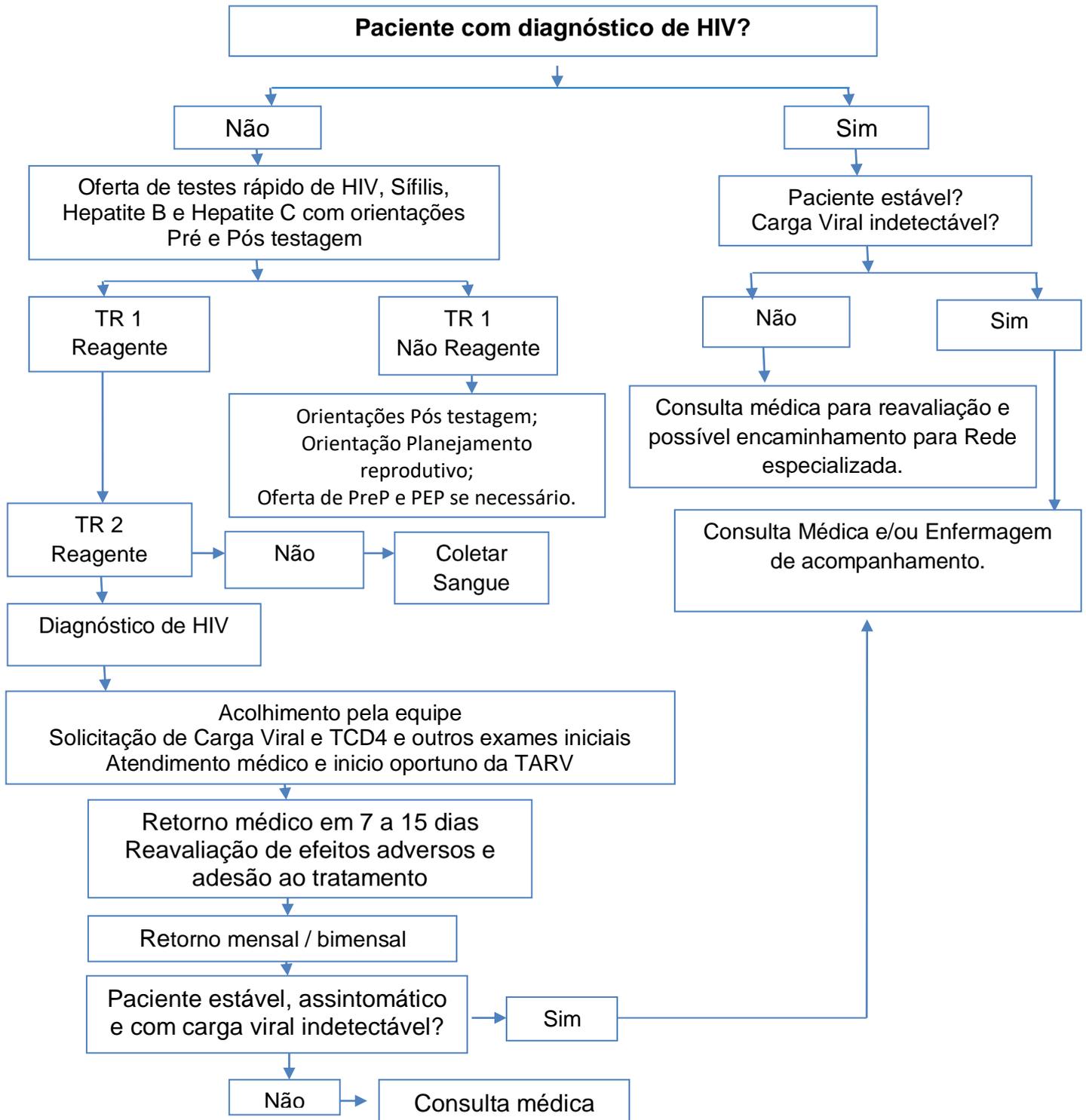
A partir da busca do usuário ao teste rápido, este é encaminhado ao Enfermeiro para realização da Pré e Pós testagem, realização do Teste Rápido (TR) 1. Após tempo de leitura, em caso de resultado Negativo, este, retorna ao Enfermeiro para as orientações Pós testagem e reforço de estratégias de prevenção e promoção à saúde.

Outra possibilidade, esta na realização do TR 1 com resultado Reagente. Neste caso, o profissional deverá realizar a aplicação do TR 2, conforme orientação do MS. SE TR 2 negativo, o paciente deverá ser orientado e realizado a coleta de sangue para confirmação ou exclusão do diagnóstico. Mas, se TR 2 com resultado Reagente para HIV, o paciente tem a confirmação do Diagnóstico e deverá ser acolhido pela equipe, orientado e encaminhado ao profissional médico para início precoce e oportuno das medicações antirretrovirais (conforme avaliação e capacidade do usuário para início), posteriormente, este deverá retornar para a consulta médica com 7 a 15 dias para reavaliação de efeitos adversos e acompanhamento do início do tratamento, retornando após, com consultas mensais e/ou bimensais até carga viral negativa. Neste momento, paciente estável, com boa resposta ao

tratamento, deverá ser agendado a consulta de Enfermagem para demais avaliações e acompanhamentos de saúde.

Abaixo, apresentando o modelo de fluxograma resumido para a abordagem inicial, diagnóstico e tratamento oportuno.

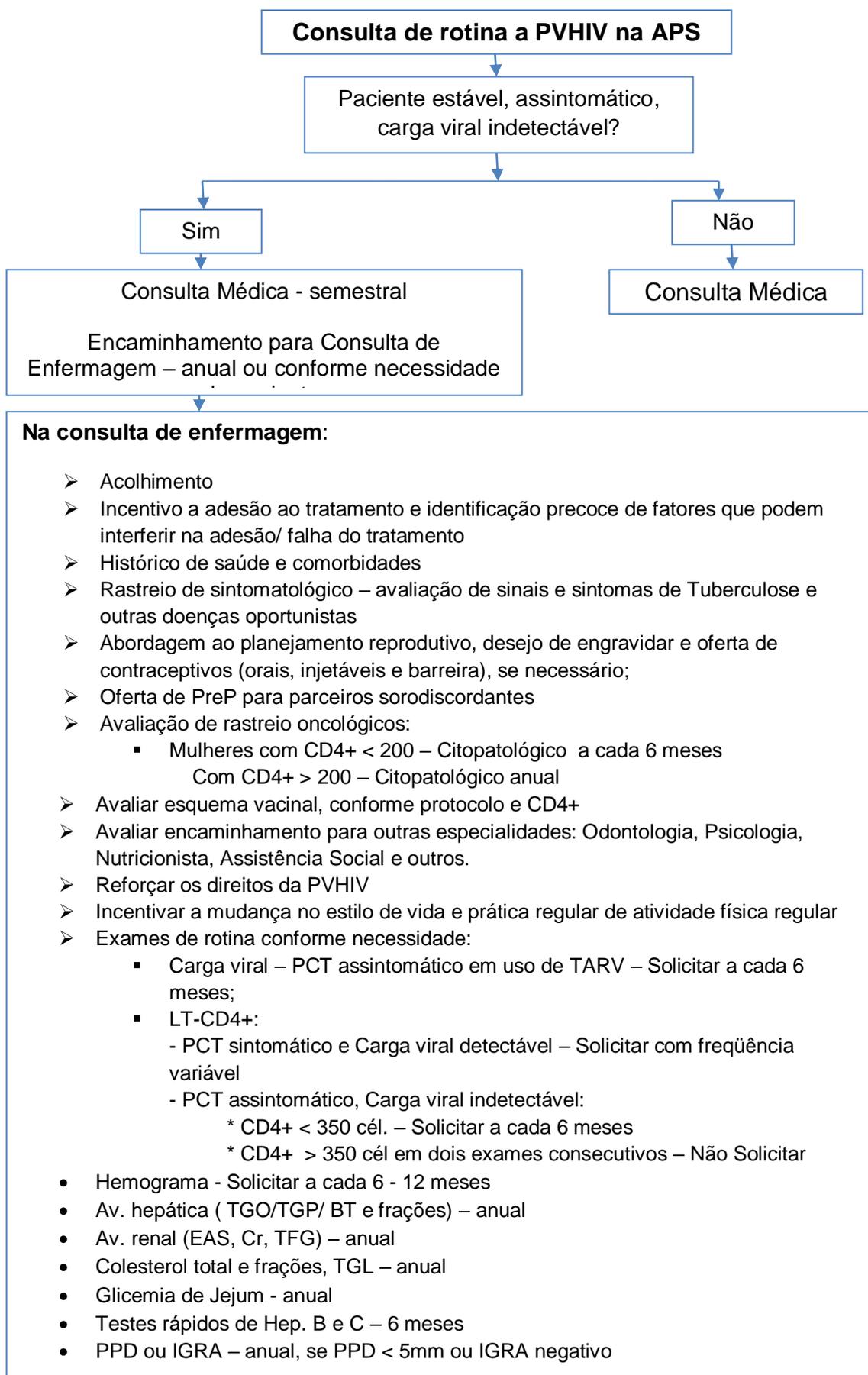
Fluxograma 1. Abordagem inicial ao paciente



No Fluxograma 2, proposto por este estudo, a partir da estabilização do paciente com carga viral indetectável, a paciente deverá ser encaminhado através de agendamento programado para a Consulta de Enfermagem, buscando reforçar a importância do tratamento, a identificação dos fatores biopsicossociais que podem interferir ou comprometer a adesão do paciente ao seu tratamento, assim como, através da consulta de enfermagem, o profissional tem a estratégia oportuna para promover a saúde nos diferentes ciclos de vida, seja através do incentivo ao planejamento sexual e reprodutivo com oferta de métodos contraceptivos como DIU para mulheres que não desejam engravidar, oferta de PreP para parcerias sorodiscordantes, coleta e rastreio de câncer de mama e colo uterino, promoção a mudança no estilo de vida com prática de atividade física, oferta de apoio matricial com equipe E-multi, solicitação de exames, realização de PPD e/ ou IGRA, consulta de Hipertensão entre outras.

Abaixo, o fluxograma 2 da consulta de enfermagem descrito conforme proposta deste estudo.

Fluxograma 2. Consulta de Enfermagem a PVHIV na APS.



6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo permitiram identificar que a reorganização do modelo assistencial as PVHIV a partir da descentralização para as APS. Verificou-se que o processo de reorganização é recente e necessita de ajustes e adequações para que estes se torne realmente resolutivo as necessidades de saúde desta população.

Nota-se a partir das entrevistas e de todo material estudado que, enfermeiros apresentam potencial relevante na APS para o acompanhamento assistência as PVHIV, porém, ainda encontra-se muito limitados a realização de Testes Rápidos, prescrições de PEP ou Prep, necessitando de qualificação e sistematização da Consulta de Enfermagem voltadas ao HIV.

Nesse ínterim, a partir do respaldo ético e do escopo assistencial da enfermagem, a qualificação da CE e da implementação do Processo de Enfermagem, a partir da proposta do Fluxograma 2, espera-se maior atuação do Enfermeiro a Linha de Cuidado HIV, através de consultas de enfermagem estabelecida entre as equipes, com foco não medicamentoso, mas também, nas fatores biopsicossociais que envolvem as diferentes etapas da vida de uma indivíduos.

Outro importante dado, está na percepção quanto a necessidade de se implementar fluxos assistenciais e gerenciais voltados ao fortalecimento das ações na APS referentes as PVHIV, assim como, o fortalecimento da educação em saúde voltadas ao HIV, contínuas e permanentes aos profissionais de saúde de forma geral.

Dessa forma, a partir do estudo realizado, da leitura preliminar e das discussões apresentandas ao longo deste artigo foi possível perceber o quanto a Consulta de Enfermagem é importante para as diversas Linhas de Cuidados acompanhadas na APS, entre elas o HIV. A Consulta de enfermagem tem a necessidade e a urgência de ações gerencias de qualificação da sua autonomia, de educação permanentes de capacitação profissional para a oferta

de uma assistência qualificada e independente de outras especialidades.

Considerando ainda, a importância que o Enfermeiro tem nas estratégias de promoção e prevenção, no diagnóstico precoce através da consulta de planejamento reprodutivo, consulta em saúde da mulher com rastreio de câncer de mama e colo de útero assim como, acompanhamento de outras comorbidades conforme Protocolo institucional, como, Hipertensão e Diabetes Mellitus e utilizando ainda, recurso das Visitas Domiciliares para busca de faltosos e pacientes com baixa adesão, a Consulta de Enfermagem ganha uma atenção especial no acompanhamento de saúde destes pacientes.

Concluimos assim, que o processo de Descentralização e maior oferta de serviços pela APS são consideradas como estratégias eficazes para atingir as metas do Ministério da Saúde e atuar de forma potencializadora no trabalho árduo de controle e redução da epidemia do HIV no Brasil, tendo através da Consulta de Enfermagem, uma importante ferramenta de gestão em saúde, permitindo as equipes manterem um acompanhamento de saúde mais próximo do usuário e de suas necessidades, ampliando a assistência das PVHIV e permitindo que o Enfermeiro atue na vigilância de saúde e na participação da tomada decisões junto ao usuário e equipe, melhorando adesão e indicadores positivos do seu tratamento.

A pesquisadora compromete-se a validar o Fluxograma Assistencial as Consultas de Enfermagem as pessoas que vivem com HIV em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, na continuidade do estudo no Doutorado, com estudos mais profundos e contando com juízes especialistas no tema HIV que irão, a partir de documentos específicos, avaliar e validar o Produto desta Dissertação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martins, 2011.

BRITO, J.L.O.P. et al. Diagnósticos, Intervenções e Resultados Esperados de Enfermagem para Pacientes com HIV/Aids: Revisão Integrativa. **RbrasciSaúde** . v. 21, n. 2 , p. 165-172, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/20259>. Acesso em: 05 Jul. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. 2017a. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 19 Dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/aids**. Brasília.2017b.32 p. : il.Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>. Acesso em: 19 Dez 2023.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2017c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília. 2018a. 412 p. : il. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> . Acesso em: 19 Dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde** - APPMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf . Acesso em 25 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília. 2018c. 148 pag. il.

BRASIL.Prefeitura do Rio de Janeiro.Coordenadoria Geral de Atenção Primária. **Nota técnica 04 Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2019**. SMS. 2019. Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde por pessoas que vivem com HIV/AIDS. Disponível em: <https://subpav.org/aps/downloads?nome=hiv&sort=nome>. Acesso em: 13 Dez 2023.

BRASIL.Prefeitura do Rio de Janeiro. BRASIL.Prefeitura do Rio de Janeiro.Coordenadoria Geral de Atenção Primária. **Ofício Circular S/SUBPAV/SAP/CDT/GSAIDS nº -1/2021**. SMS. 2021 Prescrição de medicamentos de profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP), bem como a solicitação de exames complementares pelos Enfermeiros. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://subpav.org/download/oficios/Oficio_Circular_001_2021_Prescricao_de_Medicamentos_Pep_e_PrEP_Enfermeiro.pdf. . Acesso em: 19 Dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**.2022a. xxp. : il. 183 pag.

BRASIL. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde Atenção Primária à Saúde transmissíveis: **Guia Rápido: Infecção pelo HIV e AIDS**. 3 ed. Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, 2022b. 118 pag.

BRASIL. Ministério da Saúde. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. HIV/AIDS**. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesos em 12 Dez 2023.

BRASIL. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde. **História da aids**. Ministério da Saúde. [Brasília]. [2023b?] Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 13 dez. 2023. A Nota

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Modulo I: Tratamento** Brasília. 2023c. 102 p. : il. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>. Acesso em: 22 Dez 2023.

CARVALHO, V. K. A. et al. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. **RevBras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42 : 2066. Jan./Dez. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2066>. Acesso em: 01Jul. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer COFEN nº 259/2016**. COFEN. 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016/>. Acesso em: 19 dez. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **A Resolução Cofen nº 358/2017**. Código de Ética da Enfermagem. COFEN. 2017. Disponível em: <http://www.cofen-rj.org.br/codigo-de-etica>. Acesso em 19 Dez 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem, **Lei nº 7.498**, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.html> . Acesso em: 19 Dez 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Decreto nº 94.406**, DE 8 DE JUNHO DE 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687-4173.html>. Acesso em: 19 Dez 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica Nº 12/2020/CTAS/COFEN**. COFEN. 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/81126/>. Acesso em: 19 Dez 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024**. COFEN 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 15 Abril 2024.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. BLOCO IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (Enfermeiros). COREN 2013. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf. Acesso em: 28 Fev 2024.

COLAÇO, A.D. et al. O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm** [Internet].28: e 20170339. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1004818> . Acesso em: jul. 2022.

FIOCRUZ. **O vírus da Aids 20 anos depois**. Ministério da Saúde. [Brasília]. [2023?] Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 13 dez. 2023

FREITAS, G.M.; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde:revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 4, n. 2, p.1194-1203, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754> . Acesso em: set. 2022.

GIL, ANTONIO CARLOS, 1946 – **COMO ELABORAR UM PROJETO DE PESQUISA** / Antonio Carlos gil. – 5. Ed. – São Paulo : Atlas, 2010. 200 p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979. 811p.

LIMA, M. C. L. et al. Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. **Esc. Anna. Nery**. v. 25, n. 4. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1249807>. Acesso em 01 jul. 2022.

Lima MCL, Pinho CM, Dourado CARO, Silva MAS, Andrade MS. Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. **Rev Esc Enferm USP**. 2021b;55: e 20210065. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>. Acesso em 06 março 2024.

LAKATOS, Eva Maria. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: PROCEDIMENTOS BÁSICOS, PESQUISA BIBLIOGRÁFICA, PROJETO E RELATÓRIO, PUBLICAÇÕES E TRABALHOS CIENTÍFICOS** / Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. – 6. Ed. – 7.reimpr. – São Paulo : Atlas, 2006. 219 p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> . Acesso em: out. 2022.

MATOS, D. A. S. e JARDILINO, J. R. L. Os conceitos de concepção, percepção, representação e crença no campo educacional: similaridades, diferenças e implicações para a pesquisa. **Educação & Formação**, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 20-31, set./dez. 2016. Disponível em <https://revistas.uece.br/index.php/redufor/article/view/111> . Acesso em: 20 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO : PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE**. / Maria de Souza Minayo. – 12. Ed. – São Paulo : HUCITEC, 2010. 407 p.

MELO, E. A. et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cad. Saúde Pública**, 37 (12). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>. Acesso em: 06 março 2024.

PIMENTEL, F. E. et al. Percepções de pessoas que vivem com HIV sobre o cuidado oferecido na Atenção Básica. **RevEnferm Atenção Saúde**, v. 9, n. 2, 75-87, 2020. DOI: 10.18554/reas.v9i2.3961. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145799> . Acesso em: 05 jul. 2022.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010 .Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLitBx/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 07 jul. 2022.

UNAIDS. **Estados-membros das Nações Unidade adotam nova declaração Política para enfrentar desigualdades e acabar com a AIDS**. Unaid, 2021. Disponível em: <https://unaid.org.br/2021/06/estados-membros-das-nacoes-unidas-adotam-nova-declaracao-politica-para-enfrentar-desigualdades-e-acabar-com-a-aids/> . Acesso em: 03 fev. 2023.



7.0 APÊNDICES



Apêndice A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Elaboração do fluxograma como ferramenta de auxílio para consulta de enfermagem a pessoa vivendo com HIV na atenção primária a saúde**, que tem como objetivos: Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da assistência a PVHIV na APS; Discutir as normativas/ protocolos assistenciais que norteiam a assistência do enfermeiro na APS e Elaborar um fluxograma assistencial como ferramenta para auxiliar os profissionais enfermeiros que atuam na assistência a PVHIV na APS. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a uma entrevista a partir do questionário semiestruturado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será mantido em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Os riscos desta pesquisa são de desconforto emocional, caracterizando a pesquisa como de risco mínimo. Será oferecido suporte emocional e acolhimento ao entrevistado em caso de desconforto emocional, assim como, será encerrada a entrevista imediatamente. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar das participantes da pesquisa, garantindo seu sigilo e privacidade, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. O participante tem garantido o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais sendo custeada pelo pesquisador. A pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para março de 2024. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras, salienta-se também que a participação será gratuita. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa incluem: no auxílio à identificação das percepções dos enfermeiros acerca da consulta de enfermagem à PVHIV na APS. Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Carina Fernandes Trindade
Pesquisadora Responsável
e-mail: carinafernandes2@yahoo.com.br
Cel: (21) 99416-9711

Drª Maria Catarina Salvador da Motta
Orientadora
e-mail: ma.catarina@gmail.com
Cel: (21) 99315-6675

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048 R: 200 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com CEP- SMASDH – Tel: (21) 2976-1514 E-mail: gdep.smasdh@gmail.com.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do (a) Participante: _____

Rubrica _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Rubrica _____



Apêndice B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



Data: ____/____/____.

1. Identificação do Profissional: E. _____

2. Há quanto tempo atua como Enfermeiro (a) na ESF?
_____.

3. Como você percebe a descentralização do atendimento das PVHIV para a APS que antes eram realizados somente pelos Serviços de Atenção Especializada (SAE)?

_____.

4. Em relação à dinâmica o cuidado pelo profissional enfermeiro, você consegue reconhecer o fluxo sistematizado a partir dos protocolos e orientação do Ministério da Saúde?

_____.

5. Em sua percepção, quais são as facilidades e limitações relacionadas a Consulta de Enfermagem as PVHIV na APS? E como, em sua percepção, deveria ocorrer esse fluxo?

_____.

6. Na sua equipe tem o profissional médico vinculado? Se não, como ocorre a dinâmica do cuidado as PVHIV na APS?

_____.



Apêndice C - CRONOGRAMA

PERÍODO (mês/ano)	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES
Abril a Agosto 2022	Identificação do tema da Dissertação e imersão da pesquisadora com a temática, levantamento bibliográfico para elaboração do projeto de pesquisa.
Setembro 2022	Elaboração da Introdução e da Metodologia do projeto de pesquisa. Fase de Instrumentação: definição do espaço de pesquisa, participantes e método de coleta de dado e análise dos dados. Elaboração da Revisão de Literatura.
Outubro 2022/ Abril 2023.	Redação final e entrega do pré projeto de pesquisa.
Abril 2023	Qualificação do projeto de Dissertação a comissão em pesquisa do Mestrado Profissional.
Junho/Novembro 2022	Envio e análise do projeto pelo Comitê de ética
Novembro 2023	Pilotagem do questionário semiestruturado
Dezembro/Janeiro 2023	Imersão da pesquisadora no campo de pesquisa para coleta de dados. 1º etapa – Organizacional – reunião com equipe de saúde para apresentação da pesquisa; 2º etapa – Captação dos participantes, Assinatura do TCLE e Realização de entrevistas.
Fevereiro/Março 2024	Fase de análise Fase de Interpretação dos dados
Março 2024.	Redação final da pesquisa.

Abril 2024	Encaminhamento da Dissertação de Mestrado para a banca examinadora Defesa da Dissertação. Entrega da versão final da Dissertação a coordenação do Mestrado.
------------	--

Fonte: Elaboração própria.



Apêndice D – ORÇAMENTO



Item	Descrição	Quant/Unid	Valor Unit	Valor Total
1	Resma de Folha A4	1	R\$ 21,00	R\$ 21,00
2	Cartuchos	1	R\$ 70,00	R\$ 210,00
3	Deslocamento/ transporte próprio	-	-	R\$ 491,00

*NOTA: Pesquisa autofinanciada com recursos próprios, não havendo custos para SMS-RJ.



Apêndice E - INSTRUMENTO DE PILOTAGEM

Instruções: este roteiro deverá ser aplicado aos participantes do pré-teste logo após a aplicação da versão preliminar do instrumento de coleta de dados.

Dados do participante:

Código:

Data do pré-teste:

- 1) Em relação a clareza/entendimento das perguntas, você pode afirmar que:
 compreendeu completamente o enunciado das perguntas
 compreendeu parcialmente o enunciado das perguntas
 não compreendeu o enunciado das perguntas

- 2) Em relação a objetividade das perguntas, você pode afirmar que:
 as perguntas estão PLENAMENTE OBJETIVAS
 as perguntas estão PARCIALMENTE OBJETIVAS
 as perguntas NÃO estão OBJETIVAS

- 3) Em relação a coerência das perguntas ao tema da pesquisa, você pode afirmar que:
 as perguntas estão plenamente COERENTES com o tema da pesquisa
 as perguntas estão PARCIALMENTE COERENTES com o tema da pesquisa
 as perguntas NÃO estão COERENTES com o tema da pesquisa

- 4) Em relação a adequação do instrumento ao tempo de aplicação do instrumento, você pode afirmar que:
 o tempo gasto para aplicação do instrumento está ADEQUADO
 o tempo gasto para aplicação do instrumento está INSUFICIENTE
 o tempo gasto para aplicação do instrumento está MUITO LONGO

- 5) Em relação a adequação do instrumento ao ambiente de aplicação do instrumento, você pode afirmar que:
 o ambiente para aplicação do instrumento está ADEQUADO
 o ambiente para aplicação do instrumento está INADEQUADO,

Se você julgar inadequado, indique o porque:

6) Em relação a adequação do instrumento quanto ao tipo de participantes do estudo, você pode afirmar que:

() o instrumento está ADEQUADO para os participantes da pesquisa

() o instrumento está INADEQUADO para os participantes da pesquisa

Se você julgar inadequado, indique o porque:

7) Em relação a dinâmica da entrevista, você pode afirmar que:

() a dinâmica estabelecida ATENDEU PLENAMENTE ao objetivo da coleta de dados

() a dinâmica estabelecida ATENDEU PARCIALMENTE ao objetivo da coleta de dados

() a dinâmica estabelecida NÃO ATENDEU ao objetivo da coleta de dados

8) Que sugestões você daria para melhorar o instrumento de coleta de dados?

IMPRESSÕES DO PESQUISADOR/APLICADOR DO INSTRUMENTO:

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Clínica da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Elaboração de um fluxograma como ferramenta auxílio à consulta de enfermagem as pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção Primária à Saúde, sob a responsabilidade da pesquisadora Carina Fernandes Trindade, inscrita formalmente no curso de pós - graduação do Programa Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Coparticipante Secretaria Municipal de Saúde, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta unidade de saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e para a equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e carimbo do Diretor (a) da unidade