



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Impressões dos pacientes reagentes ao HIV sobre o atendimento
no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário
localizado no Rio de Janeiro, Brasil.**

Elizabeth Santana Martins

RIO DE JANEIRO

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Impressões dos pacientes reagentes ao HIV sobre o atendimento
no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário
localizado no Rio de Janeiro, Brasil**

Elizabeth Santana Martins

Sob a Orientação da Professora Doutora
Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Coorientador: Professor Doutor **Daniel Aragão Machado**

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Infecção
HIV/Aids e Hepatites Virais na
Área de Doenças Infecciosas e
Parasitárias

RIO DE JANEIRO

2020

M379 Martins, Elizabeth Santana
Impressões dos pacientes reagentes ao HIV sobre o atendimento no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro, Brasil / Elizabeth Santana Martins. -- Rio de Janeiro, 2020.
54 f.

Orientadora: Fabiana Barbosa Assumpção de Souza.
Coorientador: Daniel Aragão Machado.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2020.

1. HIV. 2. Aids. 3. Enfermagem. 4. Assistência Ambulatorial. I. de Souza, Fabiana Barbosa Assumpção, orient. II. Machado, Daniel Aragão, coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

Elizabeth Santana Martins

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Infecção HIV / Aids e Hepatites Virais na linha de pesquisa Aids

DISSERTAÇÃO APROVADA EM

Prof^a. Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza (Orientadora) - UNIRIO

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado (Coorientador) - UNIRIO

Dr^a. Fabiana dos Santos Carolino Firmo Pereira (Avaliadora Externa)

Prof. Dr. Antonio Macedo D'Acri (Avaliador Interno)

Prof^a. Dr^a. Mônica Arruda (Suplente Interno)

Msc. Márcia Pereira Gomes (Suplente Externo)

DEDICATÓRIA

A minha mãe Marina Santana Martins, mulher simples, mas corajosa.

Aos meus filhos Hérica Santana Martins Nascimento Jacomino Barros e Raphael Santana Martins Nascimento Jacomino aos quais sempre amei e procurei dar exemplo.

Aos meus cinco netos, presentes de Deus para minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio e fim de todas as coisas por me proporcionar a realização de obter mais uma qualificação profissional.

Ao meu pai José Moreira Martins (*in memoriam*) e a minha mãe Marina Santana Martins que me educaram, criaram no caminho do bem, pessoas íntegras, verdadeiros exemplos para mim, principalmente ela, que nunca me deixa desistir.

Aos meus filhos Hérica e Raphael, ao meu genro Alan, minha nora Mayza e aos meus netos Júlia, Samuel, Heitor, Alexandre e Manuella, por fazerem parte desse momento, vocês são verdadeiros presentes de Deus na minha vida.

Ao meu companheiro de jornada Roque Ribeiro de Amorim Filho, que procurou entender meus momentos de angústia durante esse período de construção, sei que nem sempre estive inteira, mas foi necessário esse isolamento.

A minha querida (única) irmã Eliane Santana Martins Diniz que mesmo distante geograficamente, fez-se presente me apoiando com suas mensagens motivadoras, palavras de estímulo, você me incentivou a continuar.

A minha Orientadora Professora Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, por sua dedicação, incentivo, orientações e acima de tudo por acreditar em mim, tenho orgulho de ter sido sua aluna, orientanda e amiga.

Ao meu Coorientador Prof. Dr. Daniel Aragão pelo incentivo e palavras de carinho.

As Enfermeiras Maria Beatriz de Assis Veiga, Sabrina Campos Ferreira Marques e Fabiana dos Santos Carolino Firmo Pereira por dividirem comigo seus conhecimentos.

A Enfermeira Lissonja Cacilda Santos Borba, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem do ambulatório e a todos que embarcaram comigo nessa viagem chamada vida, com certeza cada um contribuiu de uma forma especial para que eu me tornasse quem sou hoje.

RESUMO

Introdução: A infecção pelo HIV representa um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido a seu caráter pandêmico. Com a introdução da terapia antirretroviral (TARV), a expectativa de vida desses indivíduos têm aumentado, as infecções oportunistas e o progresso da doença estão sendo retardados e, com a recomendação do “tratamento para todos” implementada a partir de Dezembro de 2013, mais pessoas vivendo com HIV (PVHIV) utilizam os serviços ambulatoriais buscando tratamento medicamentoso, orientações, esclarecimentos para suas dúvidas, acolhimento. O presente estudo tem como objeto as impressões dos indivíduos vivendo com HIV sobre o atendimento recebido no Ambulatório de Imunologia da Clínica Médica B (CMB) de um Hospital Universitário (HU), localizado no município do Rio de Janeiro. **Objetivo Geral:** Identificar as impressões dos indivíduos vivendo com HIV sobre o atendimento prestado pela equipe de saúde no ambulatório de Imunologia CMB do HU. **Objetivos Específicos:** Descrever as impressões dos usuários vivendo com HIV atendidos no Ambulatório de Imunologia da CMB do HU; elaborar um instrumento que contenha informações relevantes para os indivíduos que vivem com HIV e são atendidos no ambulatório de Imunologia de um HU. **Métodos:** Estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, cujos participantes foram pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) entre 18 e 70 anos em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), matriculados no Ambulatório de Imunologia da CMB do HU. A coleta de dados deu-se através de consulta ao banco de dados da pesquisa institucional intitulada “Trabalho e Condições de Vida Após Introdução da HAART: Um Estudo com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”. A análise de dados foi realizada pelo método de Análise de Conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Foram utilizadas 49 entrevistas e **analisadas as respostas a duas perguntas: “Quais as suas impressões sobre o HU” e “fale de algo mais que assim desejar”**. A escolha das questões deveu-se a necessidade de conhecer que impressões os usuários tinham do atendimento realizado no ambulatório pelos profissionais de saúde, facilitando dessa forma a percepção de falhas e o planejamento de ações visando a melhora deste, e quando há a chance de falar livremente sobre algo, o indivíduo pode descrever com maior facilidade as situações e suas vivências. **Discussão:** De acordo com a fala dos entrevistados as respostas à primeira pergunta foram identificadas respostas positivas: excelente, ótimo, maravilhoso, muito bom, bom,

muito bem atendido/tratado, eu gosto, eu amo, não tenho o que reclamar; as negativas referiram-se a demora no atendimento, não realização de exames no próprio HU e o não encaminhamento para algumas especialidades. Quanto à segunda pergunta a grande maioria dos entrevistados não quis falar nada mais além do que foi perguntado, os que responderam preferiram falar sobre viver com o HIV, prevenção, maior cuidado com a saúde e preconceito. **Considerações Finais:** Mesmo sendo relatados alguns pontos negativos, citados anteriormente, os usuários do ambulatório de imunologia da CMB do HU mostraram-se satisfeitos com o atendimento dispensado pelos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: HIV, Aids, Enfermagem, Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

Introducion: The HIV illness shows a problem of Public Health in Brazil and in the World because of its pandemic character. With the use of antiretroviral therapy the life expectancy of those people have increased, the opportunists diseases and the illness progress has been delayed and with the “medicine for all” recommendation implemented in December 2013, more people who live with HIV (PVHIV) use the ambulatory service searching of medicamental treatment, directions, doubt enlightening and hostess assistance. The aim of this study is the impressions of people living with HIV about the assistance given by the Immunology and medical clinics ambulatory B (IMCAB) of an University Hospital (UH), located in the city of Rio de Janeiro. **Geral Aim:** Identify the impressions of the people living with the HIV about the assistance given by the health crew at the Immunology Ambulatory MCB of UH. **Specific Aims:** Describe the impressions of users living with HIV attended in the immunology ambulatory (MCB) of (UH), prepare an instrument containing the relevant information for the people which live with HIV and are seeing at the Immunology Ambulatory of an UH. **Methods:** Study with descriptive nature with qualitative view, which people were living with HIV and Aids (PVHA) among 18 and 70 year old using antiretroviral therapy (ARVT), enrolled on Immunology Ambulatory of MCB of UH. The data acquisition was through investigation of database from a institucional search called “Trabalho e Condições de Vida Após Introdução de HAART: Um Estudo com Pessoas Vivendo com HIV/Aids.” The data analysis was realized by the method of Analysis Content according to Bardin. **Results:** 49 interviews were used and analysed the answers of two questions: “**What do you think about UH**” and “**Tell me something more as you wish**”. The question choice was because of the necessity of knowing the impressions the users had about the work realized at the ambulatory by the health professionals, to help this way the notice of mistakes and plans of actions to improve it, and when there will be the chance talk freely about something, people can describe easier about situations and their livings. **Discussion:** According to the interviewed people word was identified positive answers to know: excellent, great, awesome, very good, good, well attended/assisted, I like, I love, nothing to complain, the negative answers were about the delay for the attendance, the tests that are not realized at the own UH and not forward for some specialities. The answers for the second question, the majority

of the interviewed did not answer anything more than were asked, the ones who answered had the preference to talk about live with HIV, prevention, and being more careless with health and prejudice. **Final considerations:** Even though some negative points have been spotted above, the users of Immunology Ambulatory MCB of (UH) have been shown satisfied with the assistance given by the health professionals.

Keywords: HIV, Aids, Nursing, Ambulatory care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de HIV por regiões do Rio de Janeiro, 1982 a junho de 2018	22
Gráfico 2 - Distribuição dos casos de aids por regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1982 a junho de 2018	23
Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por sexo	30
Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados por faixa etária	31
Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados por escolaridade	32
Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados por situação trabalhista	32
Gráfico 7 - Distribuição dos entrevistados quanto ao estado civil	33
Gráfico 8 - Distribuição dos entrevistados quanto a crença ou religião	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de casos de HIV por regiões no Brasil entre o ano de 2000 e junho 2018	20
Tabela 2 -	Casos notificados de HIV no SINAN no ano de 2018, segundo regiões no Brasil	20
Tabela 3 -	Distribuição de casos de HIV por sexo no Brasil entre o ano de 2017 e junho de 2019	20
Tabela 4 -	Distribuição de casos de HIV por sexo, raça e cor no Brasil entre 2000 e junho de 2018	21
Tabela 5 -	Distribuição dos usuários por residência	36

LISTA DE ABREVIACOES E SÍMBOLOS

AIDS (aids)	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Centro de Testagem Annima
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis (substituída por IST)
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> (Terapia antirretroviral de alta potência)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNE	Portadores de Necessidades Especiais
PNH	Política Nacional de Humanização
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/Aids
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
QV	Qualidade de Vida
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema nico de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS)
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	MOTIVAÇÃO DO AUTOR	14
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA	14
1.3	OBJETO DO ESTUDO	15
1.4	OBJETIVOS	15
1.4.1	Objetivo Geral	15
1.4.2	Objetivos Específicos	15
1.5	JUSTIFICATIVA	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NO RIO DE JANEIRO	17
2.1.1	Epidemiologia do HIV/AIDS no mundo	17
2.1.2	Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil	18
2.1.3	Epidemiologia do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro	22
2.2	O ATENDIMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM O HIV	23
2.3	A CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV	24
3	MÉTODOS	27
3.1	NATUREZA	27
3.2	COLETA DE DADOS	27
3.3	ANÁLISE DE DADOS	28
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	28
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
4.1	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
6	PRODUTO	45
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
	APÊNDICE A - Termo de Compromisso com o Orientador	50
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51
	ANEXO B - Aprovação do CEP-HUGG	52

1 INTRODUÇÃO

A aids surgiu no início da década de 80 sendo considerada na época uma sentença de morte, pois não havia medicamentos eficazes e pouco se conhecia a respeito da doença. Desde então, muito se avançou tanto nos exames diagnósticos como nas medicações utilizadas. Entretanto, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada ainda hoje um problema de saúde pública (GOUVÊA-E-SILVA, 2019).

A infecção pelo HIV deve ser notificada, pois faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016).

Em 2018, no Brasil, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids - com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes, totalizando no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país (BRASIL, 2019).

É observado, no Brasil, desde 2012 uma redução na taxa de detecção de aids, que passou de 21,7/100.000 habitantes para 17,8/100.000 habitantes em 2018. Esse decréscimo representa 16,8%; sendo associado a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013. A principal mudança é a expansão do uso de antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2018).

Como a notificação da infecção pelo HIV ainda está sendo absorvida pela rede de vigilância em saúde, não são calculadas as taxas referentes a esses dados (BRASIL, 2019).

A lei nº 9.313/96, no artigo 1º, declara: “Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de aids receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento”. A distribuição gratuita desses medicamentos tem corroborado para uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

1.1 MOTIVAÇÃO DO AUTOR

Em minha experiência como enfermeira, exercendo minhas atividades laborais no ambulatório de um Hospital Universitário (HU) localizado no município do Rio de Janeiro, desde 2012, identifiquei a importância de acolher o usuário portador de HIV e aids de forma a garantir um atendimento eficaz e humanizado que promova a adesão ao tratamento. Me preocupava com a qualidade desse atendimento oferecido aos usuários. Geralmente, após o diagnóstico, eles chegavam para o atendimento fragilizados e inseguros. O HU recebe usuários de diferentes regiões da cidade do Rio de Janeiro e do estado do Rio de Janeiro, encaminhados pelo sistema de regulação (SISREG) e/ou usuários que já possuam matrícula na instituição.

As dificuldades para eles chegarem ao hospital para as consultas e exames são muitas, vão desde acordar muito cedo para conseguirem lugar nas viaturas disponibilizadas pelas prefeituras de outros municípios, dificuldades financeiras para pagar as passagens e até mesmo para a alimentação. Sempre me incomodou a ausência de uma sala de espera confortável, na qual os usuários pudessem receber orientações que os auxiliassem no seu tratamento, acesso à sanitários próximos aos consultórios e água própria para o consumo.

O tempo de espera também poderia ser melhor aproveitado se houvesse um trabalho voltado para atender esse usuário. Dispor de espaços confortáveis, saudáveis e acolhedores nos quais a privacidade do indivíduo é assegurada, torna-se fundamental para um bom acolhimento pois deixa o usuário mais à vontade para expor suas dúvidas e problemas.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Questão da pesquisa - Qual é a impressão do indivíduo vivendo com HIV/aids sobre o atendimento recebido no ambulatório de Imunologia da Clínica Médica B (CMB) do HU?

1.3 OBJETO DO ESTUDO

Como objeto do estudo temos a impressão do indivíduo vivendo com HIV/aids sobre o atendimento prestado pela equipe de saúde do ambulatório de Imunologia da CMB do HU.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 **Objetivo Geral**

O estudo tem como objetivo geral: identificar as impressões dos indivíduos vivendo com HIV sobre o atendimento prestado pela equipe de saúde no ambulatório de Imunologia CMB do HU.

1.4.2 **Objetivos Específicos**

- Descrever as impressões dos indivíduos vivendo com HIV sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde do ambulatório de Imunologia da CMB do HU;
- Elaborar um instrumento que contenha informações relevantes para os indivíduos que vivem com HIV e são atendidos no ambulatório de Imunologia da CMB de um HU.

1.5 JUSTIFICATIVA

Com os avanços obtidos com a HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) e com a recomendação do “tratamento para todos”, houve um aumento na sobrevivência das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Elas necessitam ter acesso garantido a um serviço de saúde de qualidade, no qual possam ser acolhidas com dignidade, não sofram nenhum tipo de preconceito ou discriminação, onde possam encontrar profissionais que as ajudem nesse momento. Identificar as impressões

que as PVHIV têm sobre o atendimento recebido no ambulatório de Imunologia da CMB do HU é o primeiro passo para aprimoramento do atendimento, diminuição do abandono, melhor interação entre usuário e profissionais, visando melhor adesão ao tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NO RIO DE JANEIRO

2.1.1 Epidemiologia do HIV/AIDS no mundo

Segundo relatório da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) havia em 2018 no mundo 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV; destes, 23,3 milhões tiveram acesso a terapia antirretroviral; 1,7 milhão eram casos novos de infecção por HIV e 770.000 pessoas morreram de doenças relacionadas a aids. Desde o início da epidemia, o número de pessoas infectadas pelo HIV foi 74,9 milhões e o número de pessoas que morreram de doenças relacionadas a aids foi 32 milhões (UNAIDS, 2019).

Dos 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2018, 36,2 milhões eram adultos; 1,7 milhão crianças (menores de 15 anos), 79% dessas pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico positivo para HIV e cerca de 8,1 milhões desconheciam tal fato (UNAIDS, 2019).

Ainda segundo o relatório UNAIDS, em 2018, 23,3 milhões de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral, mais do que 7,7 milhões em 2010; 62% de todas as PVHIV tiveram acesso ao tratamento; 62% dos adultos com 15 ou mais anos vivendo com HIV tinham acesso ao tratamento, assim como 54% das crianças de 0 a 14 anos; 68% das mulheres com 15 anos ou mais tinham acesso ao tratamento ao passo que apenas 55% dos homens com 15 anos ou mais tinham acesso; 82% das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV para os seus bebês (UNAIDS, 2019).

Quanto as novas infecções por HIV, o relatório UNAIDS informa ter havido em 2018, uma redução de 40% em relação ao pico em 1997 (de 2,9 milhões em 1997 para 1,7 milhão em 2018 (UNAIDS, 2019).

Se considerarmos o ano de 2010, as infecções por HIV diminuíram cerca de 16% (de 2,1 milhões para 1,7 milhão), e as novas infecções em crianças (> 15 anos) diminuíram em 41%, de 280.000 em 2010 para 160.000 em 2018 (UNAIDS, 2019).

Desde 2004, quando ocorreu o pico de mortes relacionadas a aids, houve um decréscimo de 55% nesses números. Em 2018 cerca de 770.000 pessoas morreram de doenças relacionadas a aids em todo o mundo em comparação com 1,7 milhão em 2004 e 1,2 milhão em 2010 (UNAIDS, 2019).

Na perspectiva de alcançar o controle da aids até 2030, o Brasil e outros 179 países assinaram na França, a Declaração de Paris, documento criado em 2014 pelo programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS. Nesta declaração consta a meta 90-90-90 a qual está centrada em três pilares: até 2020 90% de todas as pessoas convivendo com HIV sabendo do seu estado sorológico; 90% destas realizando o tratamento antirretroviral (TARV); 90% destas com carga viral indetectável.

Em 2018, quando falamos na meta 90-90-90, 79% das pessoas vivendo com HIV estavam diagnosticadas e conheciam o seu estado sorológico positivo para HIV; entre as diagnosticadas com HIV, 78% tinham acesso ao tratamento; entre as pessoas com acesso ao tratamento 86% tinham carga viral suprimida ou indetectável (UNAIDS, 2019).

Um dado que chama a atenção no relatório da UNAIDS foi o número de mulheres jovens infectadas pelo HIV semanalmente, cerca de 6.200 com idade entre 15 e 24 anos (UNAIDS, 2019). São mulheres em idade fértil e merecem atenção especial devido ao risco da transmissão vertical.

Na África Subsaariana, quatro em cada cinco novas infecções entre adolescentes de 15 a 19 anos acontecem em meninas. Entre as mulheres jovens, as chances de viver com o HIV é duas vezes maior do que os homens (UNAIDS, 2019).

No que diz respeito a violência, o relatório aponta que mais de 35% das mulheres em todo o mundo sofreram de violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas e, em algumas regiões, as mulheres que sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo (violência doméstica), estão propensas a contrair HIV 1,5 vez a mais do que as que não sofreram essa violência (UNAIDS, 2019).

As populações-chave e seus parceiros sexuais representam: 54% das novas infecções por HIV no mundo; mais de 95% das novas infecções por HIV na Europa do Leste e na Ásia Central; 95% das novas infecções por HIV no Oriente Médio e Norte da África; 88% das novas infecções por HIV na Europa Ocidental e Central e na América do Norte; 78% das novas infecções por HIV na Ásia e no Pacífico; 65% das novas infecções por HIV na América Latina; 64% das novas infecções por HIV

na África Ocidental e Central; 47% das novas infecções por HIV no Caribe e 25% das novas infecções por HIV na África Oriental e Austral (UNAIDS, 2019).

Quanto ao risco de infecção por HIV: 22 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens; 22 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 21 vezes maior para trabalhadoras do sexo e 12 vezes maior para pessoas transexuais (UNAIDS, 2019).

Nas mortes relacionadas à aids, uma em cada três tem a tuberculose como causa principal. Em 2017, cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, das quais aproximadamente 9% estavam vivendo com o HIV. Aproximadamente 49% das pessoas vivendo com HIV e tuberculose desconhecem sua coinfeção, portanto não estão recebendo cuidados e tratamento adequados (UNAIDS, 2019).

Quanto aos investimentos o UNAIDS estima que serão necessários 26,2 bilhões de dólares para a resposta a aids em 2020. No final de 2018 estavam disponíveis para a resposta a aids nos países de baixa e média renda cerca de 19 bilhões de dólares, quase um bilhão a menos que em 2017 e cerca de 56% do total desses recursos eram de fontes domésticas (UNAIDS, 2019).

2.1.2 Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil

Em 2018, no Brasil, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids, totalizando 966.058 casos de aids detectados no país no período compreendido entre 1980 e junho de 2019 (BRASIL, 2019).

Observa-se a partir de 2012 uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes em 2012 para 17,8/100.000 habitantes em 2018, sendo mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos” implementada em dezembro de 2013 (BRASIL, 2019).

Ainda no ano de 2018 foram registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 10.980 óbitos tendo como causa básica a aids, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,4/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 22,8% entre 2014 e 2018 - também, possivelmente, em consequência da recomendação do “tratamento para todos” e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2019).

De 2007 até junho de 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil. A tabela 1 apresenta a distribuição dos casos por regiões do país e a tabela 2 mostra os casos de HIV notificados no SINAN no ano de 2018, segundo as regiões no Brasil.

Tabela 1 - Distribuição de casos de HIV por regiões no Brasil entre o ano de 2000 e junho 2018

Região	Nº de casos notificados	%
Sudeste	136.902	45,6 %
Sul	60.470	20,1 %
Nordeste	55.090	18,3 %
Norte	26.055	8,7 %
Centro-Oeste	21.979	7,3 %

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2019).

Tabela 2 - Casos notificados de HIV no SINAN no ano de 2018, segundo regiões no Brasil

Região	Nº de casos notificados	%
Sudeste	16.586	39,7
Nordeste	10.808	24,6
Sul	7.838	17,8
Norte	5.084	11,6
Centro-Oeste	3.625	8,2

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2019).

Na tabela 3 observam-se os casos de infecção pelo HIV notificados no SINAN no período de 2007 a junho de 2018, segundo o sexo.

Tabela 3 - Distribuição de casos de HIV por sexo no Brasil entre o ano de 2017 e junho de 2019

Sexo	Nº de casos notificados	%
Homens	207.207	69 %
Mulheres	93.220	31 %

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2019).

No ano de 2018 a razão dos sexos, desconsiderando os casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada 10 mulheres.

Com relação a faixa etária, os casos notificados de HIV no SINAN no período de 2007 junho de 2019, evidenciam que a maioria se encontra entre 20 e 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos (BRASIL, 2019).

Quanto a escolaridade, nesse mesmo período, nota-se um grande percentual de casos notificados como ignorado, dificultando uma melhor avaliação dos casos de HIV no que se refere a esse item. Em relação aos casos com escolaridade informada, a maioria possuía ensino médio completo (20,7%); 12,1% de casos com escolaridade entre a 5ª e 8ª série incompleta (BRASIL, 2019).

Ao abordar a raça/cor da pele autodeclarada observa-se que, entre os casos notificados no SINAN no período compreendido entre 2007 e junho de 2018, 40,9 % ocorreram entre brancos e 49,7% entre negros (pretos e pardos 9,6% e 38,4% respectivamente (BRASIL, 2019).

Considerando o sexo, raça e cor, pode-se visualizar a seguinte tabela.

Tabela 4 - Distribuição de casos de HIV por sexo, raça e cor no Brasil entre 2000 e junho de 2018

Masculino		Feminino	
Branco	42,6 %	Branca	37,2 %
Negro	48,1 %	Negra	53,6 %
	Pretos 9,6 %		Pretas 12,9%
	Pardos 38,4 %		Pardas 40,7%

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2019).

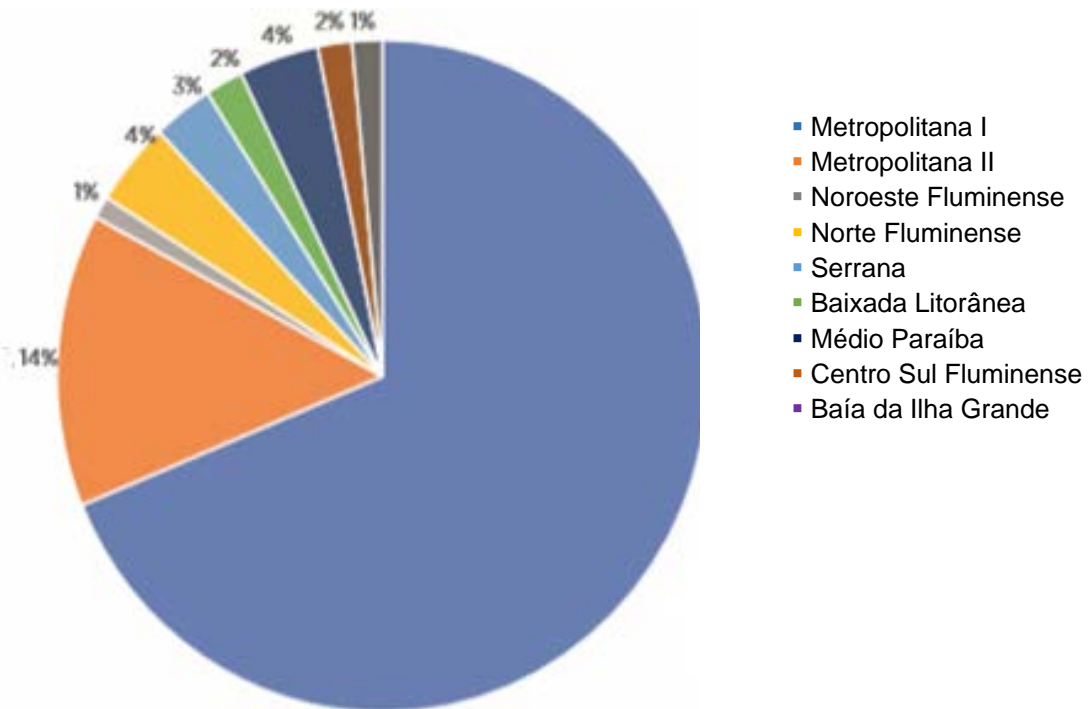
O alto percentual de 8,4% dos casos com a informação sobre raça/cor notificado como ignorada é ressaltado (BRASIL, 2019).

Quanto ao tipo de exposição, os casos registrados no SINAN de 2007 a junho de 2018 em pessoas maiores de 13 anos de idade verificou-se que, entre os homens 51,3 % dos casos foram através de exposição homossexual ou bissexual e 31,4 % heterossexual, e 2% se deram entre usuários de drogas injetáveis(UDI); entre as mulheres, nessa faixa etária observa-se que 86,5% dos casos estão categoria heterossexual e 1,4% na de UDI (BRASIL, 2019).

2.1.3 Epidemiologia do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro

De acordo com Boletim Epidemiológico HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde 2019 foram notificados no Estado do Rio de Janeiro 23.544 casos de HIV no período de 2007 a junho de 2018, distribuídos da seguinte forma: região Metropolitana 1 (68,7%); região Metropolitana 2 (14,1%); Norte Fluminense (4,1%); Baixada Litorânea (4%); Médio Paraíba (3%); Serrana (1,9%); Centro-Sul Fluminense (1,7%); Baía da Ilha Grande (1,5%) e Noroeste Fluminense (1,1%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de HIV por regiões do Rio de Janeiro, 1982 a junho de 2018

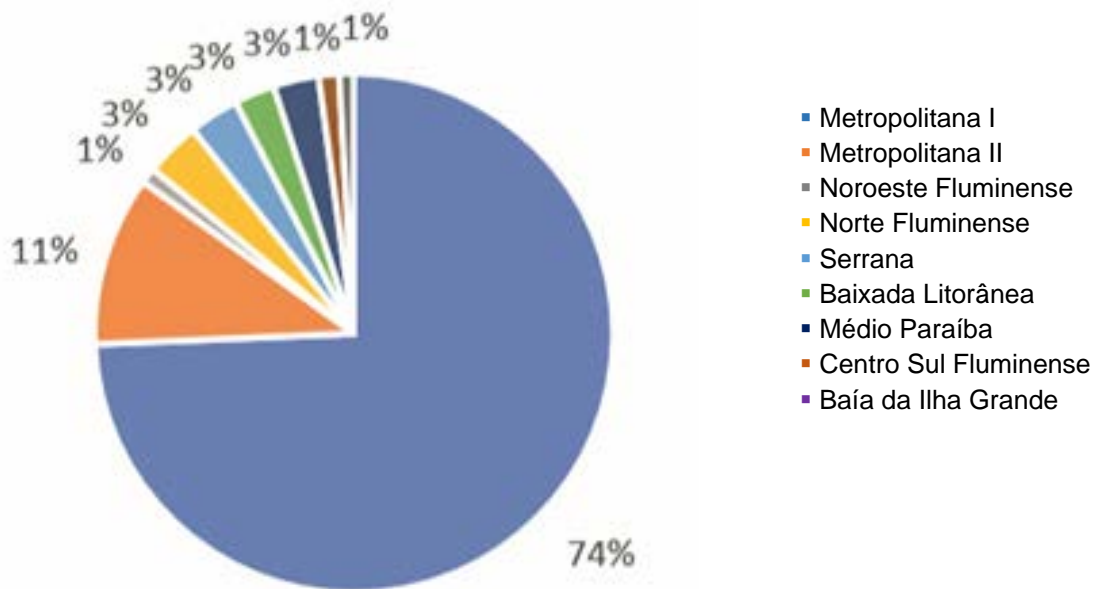


Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro (2018).

Quanto aos casos de aids, foram identificados no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1982 a junho de 2018, 119.098 casos confirmados desde o início da epidemia. As regiões Metropolitanas 1 e 2 respondem por 84,8% de ocorrências; observa-se que ano a ano, a concentração de casos permanece nas regiões citadas,

embora com pequena redução, de 87% no período de 1982 a 2002 para 79,8% no ano de 2018 (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de aids por regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1982 a junho de 2018



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro (2018).

2.2 O ATENDIMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM O HIV

O atendimento de pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) deve ser realizado por profissionais capacitados que saibam entender a complexidade desse tipo de atendimento.

O primeiro contato com esses pacientes geralmente se dá por ocasião da realização do teste rápido. Nesse momento o aconselhamento é fundamental para estabelecer um vínculo com o paciente. O aconselhamento se inicia no diálogo, que deve ser pautado numa relação de confiança visando proporcionar ao usuário condições para que avalie seus próprios riscos, tomem decisões e encontrem formas de confrontar seus problemas relacionados às IST/HIV/AIDS.

Durante o aconselhamento o profissional deverá: ouvir atentamente as preocupações do usuário; apresentar questões visando facilitar a reflexão e a superação de dificuldades; fornecer informações, apoio emocional auxiliando na

tomada de decisão para adoção de medidas preventivas buscando uma melhor qualidade de vida.

O aconselhamento poderá ser realizado individualmente ou em grupos, contribuindo para a qualidade das ações educativas em saúde.

O aconselhamento busca fazer uma avaliação de riscos individuais. Algumas estratégias são utilizadas para estabelecer vínculo com o serviço, dentre elas podemos destacar: as atividades de sala de espera, grupos específicos, consultas individuais nas quais são estabelecidas troca de informações e o estímulo ao diagnóstico, significando aproximações importantes para a avaliação de riscos, principal etapa do aconselhamento (BRASIL, 2003).

Segundo consta no manual para Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica (BRASIL, 2003) para implantar um serviço de aconselhamento é necessário implementar progressivamente o conjunto de ações abaixo:

- Acolhimento;
- Provisão de insumos;
- Capacitação das equipes;
- Rede de referência;
- Definição do fluxo do usuário;
- Entrega do resultado.

2.3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV

Segundo Zakabi (2012) o acolhimento consiste numa técnica particular de diálogo, no qual cliente é submetido a vasta gama de conversações. O acolhimento é imprescindível para estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente portador de HIV. É um processo dinâmico construído pelos profissionais de saúde que se transforma em uma ferramenta de trabalho tornando-se um dispositivo de mudança (ABDALLA; NICHATA, 2008). O acolhimento deve ser implementado como prática diária na unidade de saúde, devendo a equipe multiprofissional adotar uma postura acolhedora, primordial para o estabelecimento deste e da humanização da assistência (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Uma grande possibilidade para a melhora na qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde é a formação de vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas vivendo com HIV. Para tal, os prestadores de serviços de saúde devem ter noções de vínculo, devendo existir responsabilidade por parte da equipe em relação ao cuidado à saúde coletiva e individual. O vínculo proporciona uma relação duradoura e de confiança entre profissional de saúde e usuário, e com o tempo, os laços criados ficam mais fortes e ambos passam a se conhecer melhor, facilitando o processo de tratamento, evitando-se consultas e internações desnecessárias. O vínculo entre usuários e equipe de saúde proporcionam aumento na adesão ao tratamento visto que o cliente vai dar credibilidade as orientações dos profissionais os quais têm a responsabilidade de promover ações buscando o bem-estar do paciente e uma assistência integral aos usuários (BRUNELLO et al., 2010).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente. A lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso 1, alínea “i” (COFEN, 1986) e o decreto 94.406/87 que regulamenta e legitima a consulta de enfermagem e determina como sendo privativa do enfermeiro (COFEN,1987).

A consulta de enfermagem é um instrumento muito importante no atendimento do paciente portador de HIV, pois é nesse momento que se tem a oportunidade de se aproximar dele, criar vínculo e estabelecer uma relação de confiança. Há pacientes que interagem muito bem com o profissional enfermeiro, o que favorece a coleta de informações desde o primeiro contato. Nessa ocasião pode-se sugerir mudanças de hábitos tais como a interrupção do uso de cigarros, bebidas alcoólicas, aumento de horas de sono e ingestão hídrica e adoção de atividades físicas, fatores que influenciam positivamente no prognóstico desse paciente (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

Os objetivos da consulta de enfermagem são: identificar as necessidades em saúde, executar e avaliar cuidados, promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde, atuar no processo saúde-doença de indivíduos, famílias e grupos social (COFEN, 1993).

No tocante ao HIV, quando o usuário descobre-se reagente para o HIV, em geral, os sentimentos são de dor e sofrimento o que torna esse atendimento difícil

para ambos, uma vez que o diagnóstico está relacionado aos sentimentos de morte, perda, abandono, preconceito, rejeição pelas outras pessoas, rompimento de relações e medo do desconhecido (DANTAS et al., 2005).

3 MÉTODOS

3.1 NATUREZA

O presente estudo integra uma pesquisa institucional intitulada “Trabalho e Condições de Vida Após Introdução da HAART: Um Estudo com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”, matriculados no Ambulatório de Clínica Médica B de um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro.

O estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Para Prodanov e Freitas (2013) a pesquisa descritiva propõe-se a descrever determinado fenômeno sendo o ambiente natural a fonte direta para a coleta de dados, envolvendo o uso de técnicas padronizadas como a entrevista e o questionário, por exemplo. Para Minayo (2014) uma pesquisa qualitativa busca compreender uma lógica interna de instituições, grupos e atores em relação a seus valores culturais e representações sobre temas específicos e sua história. O contexto é apreendido, tem-se a lógica de descobrir, ser objetivo. O cotidiano é o universo das investigações qualitativas onde as experiências do senso comum são interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi secundária e se deu através de consultas ao banco de dados da pesquisa “Trabalho e Condições de Vida Após Introdução da HAART: Um Estudo com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”. A coleta de dados da pesquisa institucional foi realizada no período de julho a setembro de 2015, e foi encerrada atendendo a reincidência de informação.

O acesso ao banco de dados foi aprovado conforme um termo de compromisso entre a pesquisadora e a professora responsável pelo mesmo (APÊNDICE A). O referido banco de dados construiu-se a partir de entrevistas semiestruturadas, com pessoas vivendo com HIV atendidas no ambulatório de imunologia da CMB do HU. As entrevistas foram realizadas e gravadas em sala reservada, os pacientes foram convidados a participar do estudo quando compareciam ao ambulatório para atendimento. Os instrumentos utilizados para a

coleta de dados foram um questionário sócio demográfico e clínico e um roteiro de entrevista. Para este estudo foram utilizadas as respostas obtidas a partir das perguntas: “2.11 - Quais as suas impressões sobre o HU? e 2.13 - Fale de algo mais que assim desejar”. O total de participantes foi 49 pessoas vivendo com HIV matriculadas no ambulatório de Imunologia da CMB do HU, em uso de terapia antirretroviral, maiores que 18 anos, até 70 anos de idade, que concordaram em participar do estudo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos (dados sócios demográficos e clínicos) foram inicialmente organizados e registrados no programa Microsoft Excel ® versão 2010, para construção de gráficos e tabelas simples.

A abordagem qualitativa desse estudo utilizou a análise de conteúdo das falas dos participantes, e utilizou a técnica de análise temática (BARDIN, 2011), visando a compreensão do sentido das falas.

Com a técnica de análise de conteúdo foi possível compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, fixando-se apenas no conteúdo do texto, sem fazer relações além deste (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso, o pesquisador tem que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações (NOGUEIRA-MARTINS e BOGUS, 2004).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu às normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO e aprovada sob o número CAAE: 45955315.0.0000.5285 (ANEXO B).

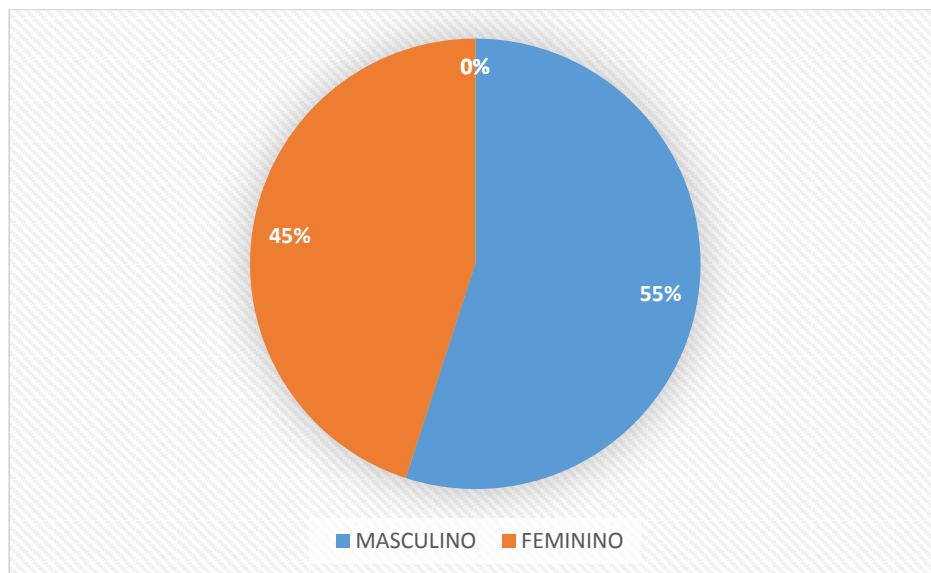
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados sócio demográficos obtidos através de consulta ao banco de dados da pesquisa institucional “Trabalho e Condições de Vida Após Introdução da HAART: Um Estudo com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”.

4.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS

Com base na consulta realizada no banco de dados da pesquisa institucional “Trabalho e condições de vida após a introdução da HAART: um estudo com pessoas vivendo com HIV/AIDS, matriculados no ambulatório do HUGG/UNIRIO” foi possível traçar o perfil sócio demográfico dos entrevistados (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por sexo

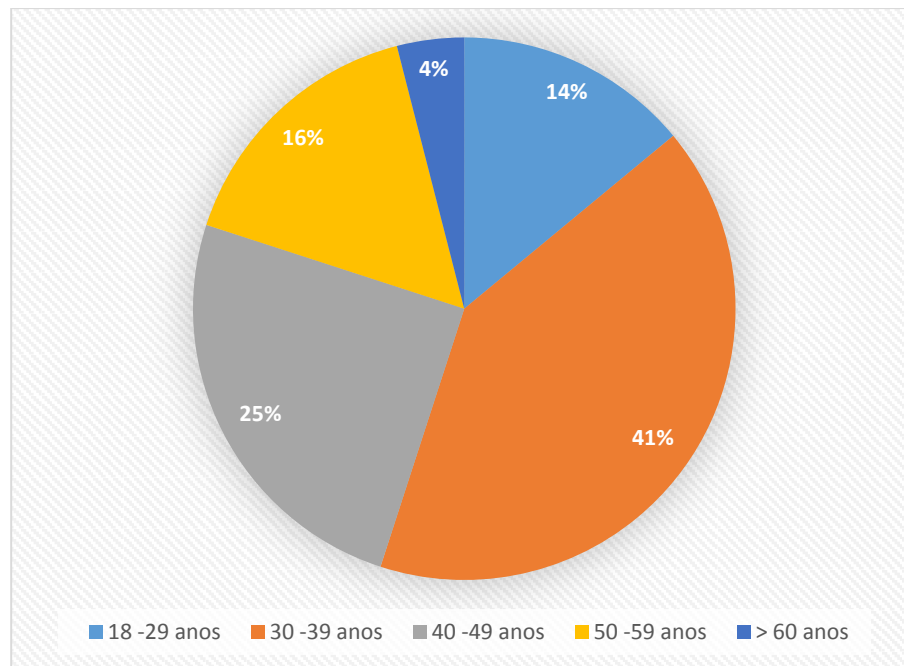


Pode-se observar no estudo o predomínio do sexo masculino com 27 indivíduos (55%) contra 22 do sexo feminino (45%). Segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a razão de sexos

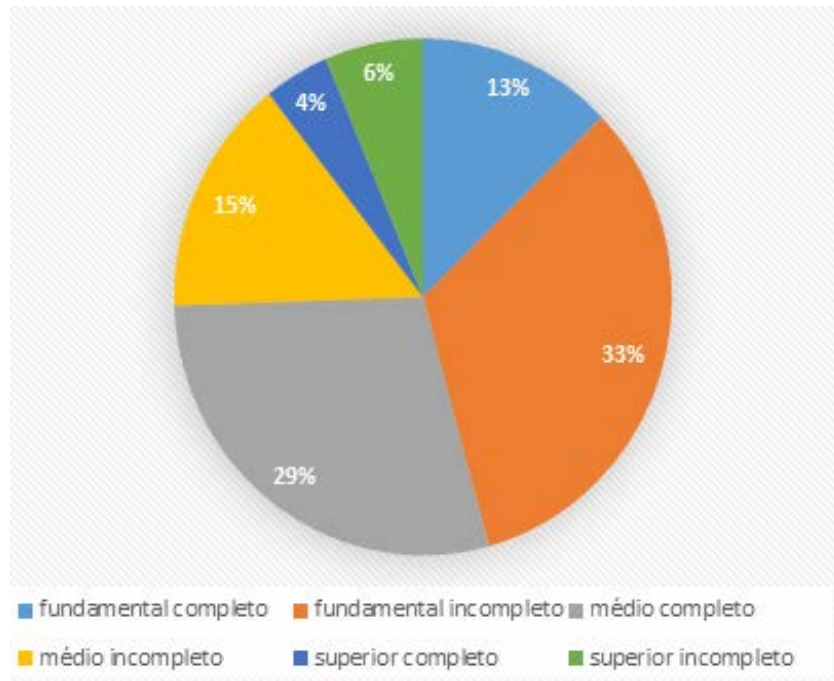
para o ano de 2015 (ano da realização da coleta de dados da pesquisa) foi de 2,4; ou seja, 24 casos de HIV em homens para 10 casos de HIV em mulheres.

Quanto a faixa etária dos entrevistados, pode-se observar que 41% encontram-se entre 30 e 39 anos, 25% entre 40 - 49 anos, 16% entre 50 - 59 anos, 14% entre 18 - 29 anos e 4% maiores de 60 anos (Gráfico 4).

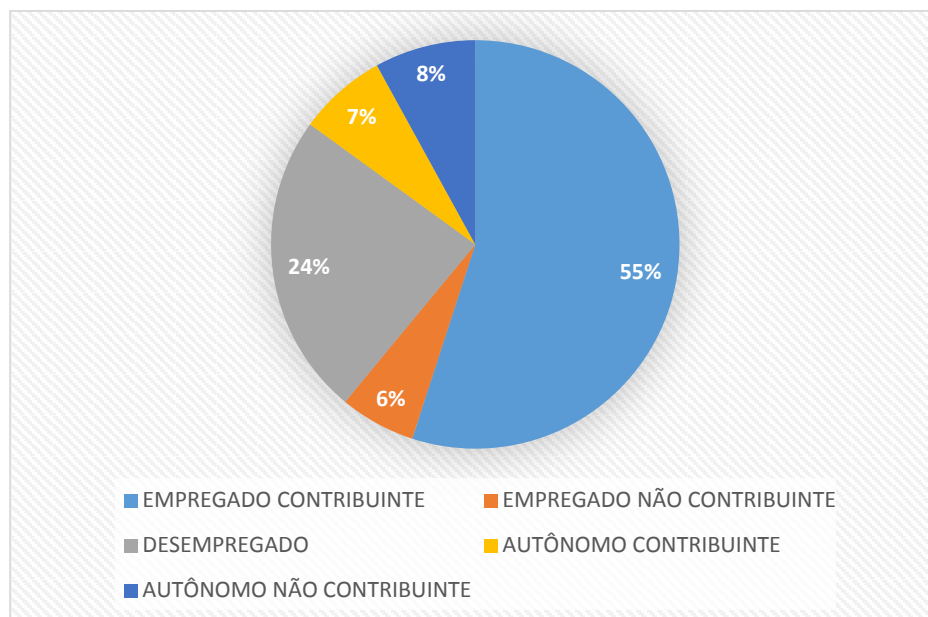
Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados por faixa etária



Levando-se em conta a escolaridade dos entrevistados, foram encontrados os dados representados no gráfico 5.

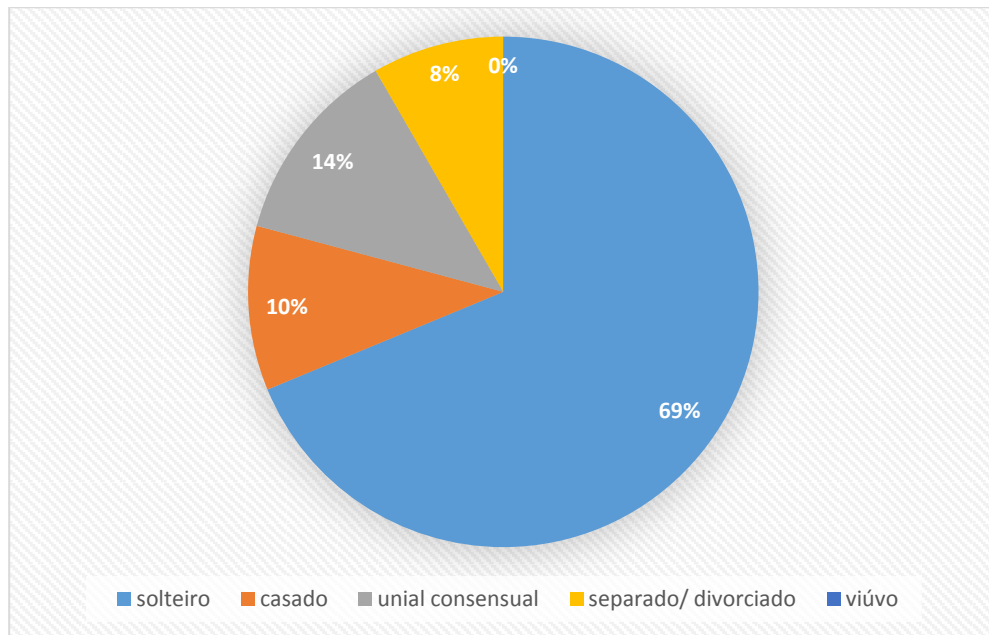
Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados por escolaridade

Quanto a situação trabalhista dos entrevistados, encontramos os dados representados no gráfico 6.

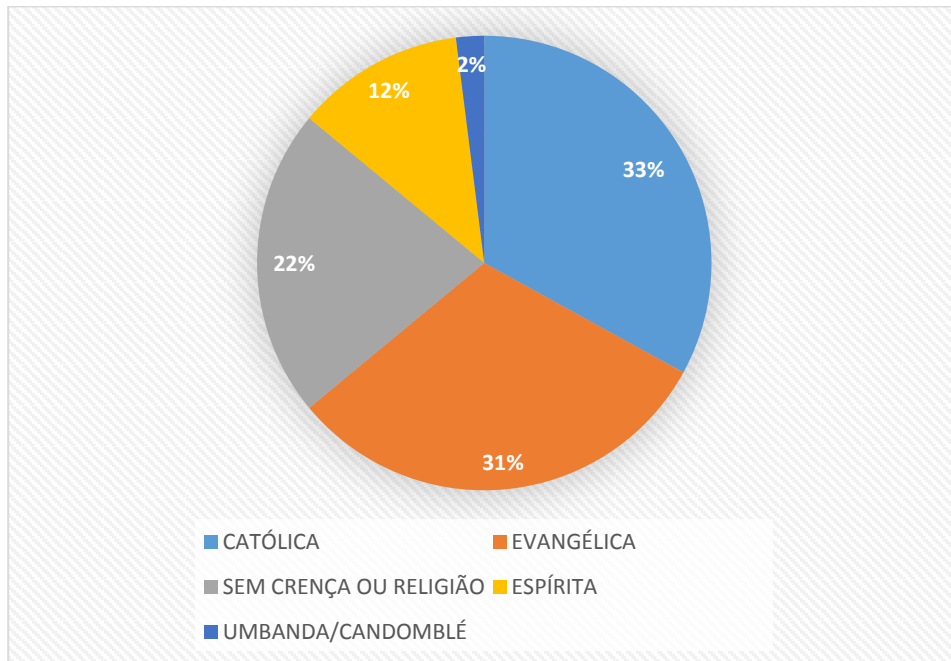
Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados por situação trabalhista

Quando avaliamos o estado civil dos entrevistados temos: Solteiros 32 (66%), casados 5 (10%), união consensual 6 (12%), separados/divorciados 4 (8%) e viúvos 2 (4%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição dos entrevistados quanto ao estado civil



Em relação a crença ou religião temos: Católica 16 entrevistados (33%), Evangélica 15 (31%), sem crença ou religião 11 (22%), Espírita 6 (12%), Umbanda/Candomblé 1 (2%) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição dos entrevistados quanto a crença ou religião

Observou-se no estudo o predomínio do sexo masculino com 55% (n= 27) e sexo feminino 45% (n=22); pode-se verificar essa predominância do sexo masculino em relação ao feminino desde a descoberta do HIV, conforme dados mais recentes publicados no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2019 (BRASIL, 2019). No início da epidemia a proporção homens/mulheres chegou a ser 20 vezes maior do que os dados epidemiológicos atuais explicitam. No período de 2002 a 2009 a razão de sexo manteve-se em 15 casos de aids em homens para cada 10 casos de aids em mulheres. A partir de 2010 observou-se redução dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos de aids em homens. Em 2017 a razão de sexo passou a ser 23 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres que se manteve em 2018. Entre as mulheres, observa-se tendência de queda nos casos de aids no mesmo período, onde em 2008 a relação era de 17,0 casos/100 mil hab. e em 2018 a relação foi de 10,5 casos/100 mil hab. representando uma redução de 38,2% (BRASIL, 2019). De 1980 até junho de 2019 no Brasil foram registrados 633.462 (65,6%) casos de aids em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres.

Nos últimos 12 anos, a taxa de HIV em homens tem apresentado tendência de crescimento. Em 2007, no Estado do Rio de Janeiro, a razão de sexo homem/mulher era 1,2 o que corresponde a 12 casos em homens para 10 casos em

mulheres e, em 2017 foi de 2,5 o que corresponde a 25 homens para cada 10 mulheres (RIO DE JANEIRO, 2018).

Pode-se observar que em relação à escolaridade, a incidência de casos vem aumentando em pessoas com menor grau de instrução, ou seja, aqueles com até oito anos de estudo (LELIS et al., 2012; LÔBO; DA SILVA; DE SOUZA SANTOS, 2012; SOARES et al., 2015). No presente estudo 15 entrevistados (31%) possuíam o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade tem influência na qualidade de vida, uma vez que os indivíduos com maior escolaridade tem mais chance de obter mais informações sobre a infecção pelo HIV e com isto terem acesso a recursos internos e externos para conviverem com sua condição sorológica (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; REIS et al., 2011).

Quanto à situação trabalhista, 15 entrevistados tinham vínculo empregatício e eram contribuintes no momento das entrevistas. O trabalho é fonte de renda, de prazer, de satisfação, de sentimento de utilidade e de inserção social (REIS et al., 2011).

Com relação ao seu estado civil 32 participantes (66%) se declararam solteiros, para Reis e colaboradores (2011) e Soares e colaboradores (2015) uma importante fonte de apoio e suporte para PVHIV é o parceiro. Ter a oportunidade de manter um relacionamento afetivo-sexual corrobora para a melhor qualidade de vida.

Quando questionados sobre a crença/religiosidade, 16 informaram ser católicos e 15 informaram ser evangélicos. De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 no tocante à religião, a população brasileira é formada por maioria católica apostólica romana (64,6%) seguido dos evangélicos (22,2%). Ter fé, acreditar em algo, relacionado ou não a uma religião coopera positivamente para enfrentar as diferentes situações pelas quais terá que passar, visto que espiritualidade e religiosidade trazem consolo e apoio. Estudos mostram que nas PVHIV, a fé, a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas a melhores níveis de qualidade de vida e apoio para enfrentamento das diversas situações que o diagnóstico do HIV pode trazer (CAIXETA, 2011; PINTO; LEMOS; ECCO, 2016).

Na tabela 5 foi feito um detalhamento dos municípios onde residem os entrevistados.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários por residência

Município	N	%
Duque de Caxias	8	16
Nova Iguaçu	4	8
São João de Meriti	2	4
Mesquita	2	4
Rio de Janeiro	24	50
São Gonçalo	1	2
Itaboraí	1	2
Belford Roxo	3	6
Macaé	1	2
Magé	2	4
Maricá	1	2
Total	49	100

Conforme citado por Signorini (2004), o ambulatório do HUGG/UNIRIO tem como clientela os cidadãos residentes no município do Rio de Janeiro e nos demais municípios situados circunvizinhos aos limites do município.

Na análise da tabela 5, verifica-se que metade dos pacientes entrevistados reside no município do Rio de Janeiro, mas há 25 pacientes de outros municípios, sendo 16% desses residentes em Duque de Caxias. Conforme o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018), quando se observa a distribuição das taxas de incidência de aids, nota-se que os municípios com as maiores taxas foram: Rio de Janeiro (741), Duque de Caxias (113); Nova Iguaçu (93); os maiores valores em 2017 foram identificados no Rio de Janeiro (31,7), Guapimirim (39,7), Volta Redonda (34,7).

Quando os entrevistados foram arguidos acerca da impressão que têm sobre o HUGG, os pacientes, em suas idiossincrasias, respondem de maneiras diversas. Alguns têm mais facilidade na oralidade e, portanto, se expressam com mais desenvoltura e, outros de forma mais sucinta. Alguns adjetivos aparecem com mais constância como; ótimo, bom, muito bom, maravilhoso, eu gosto (ou eu amo), excelente.

Conforme relato da P01, a preferência do tratamento no HUGG deu-se pelo fato de ter referência sobre o ambulatório. Familiares da mesma foram atendidos e ela sentiu-se mais confortável em seguir seu tratamento em um local que já conhecia previamente. Constata-se desta forma o caráter idôneo da assistente aos pacientes promovido pelo HUGG.

Alguns autores referem que a confiança no profissional médico baseia-se em aspectos técnicos, como a perícia do profissional, outros referem que as competências interpessoais como a comunicação empatia e respeito. Fatores como a escolha do médico, a duração da relação e contextos da gestão de cuidados tem sido sugeridos como prenunciadores da confiança (PEREIRA; PEDRAS; MACHADO, 2013).

Ótima. Aqui é o hospital, eu não saio daqui pra outro lugar nenhum. Eu podia ficar lá na minha cidade, no meu lugar, que era mais perto pra mim, mas a referência que eu tenho daqui primeiro porque aqui ficou o meu esposo e o meu pai. Dr. M. fez, cuidou do meu pai aqui. (P01)

Pra mim isso aqui é excelência. (P06)

Muito bom. Graças a Deus. Daqui eu não tenho nada que reclamar. Se não fosse isso aqui, eu não sei o que seria de mim, sinceramente. (P08)

Acho aqui muito bom e acho que tá mudando pra melhor. Todos me tratam bem, nunca tive problema. (P12)

A importância do acolhimento é fundamental para a continuidade do tratamento. A política nacional de humanização do SUS discorre sobre a responsabilidade do profissional de saúde de oferecer uma escuta qualificada das angústias e dificuldades dos usuários, inclusive na continuidade da assistência. (PEREIRA, 2016). Ou seja, o paciente deve absorver a confiança transmitida pela equipe e sentir-se confortável em frequentar a unidade de saúde. O acolhimento estabelece uma relação de confiança entre o usuário e o profissional, acolher pressupõe uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Outros expressam suas falas utilizando expressões tais como: médicos atenciosos; não fazem diferença entre as pessoas (não fazem acepção de pessoas), muito bem atendido; não tenho o que reclamar; não tenho críticas; entre outras.

Olha, eu não tenho o que reclamar daqui não. Sempre fui muito bem atendido aqui. Tenho bastante contato com os médicos aqui. (P03)

Eu não tenho crítica nenhuma. Sempre fui muito bem atendida por todos os médicos... (P15)

Então assim, os médicos daqui são muito atenciosos, são muito respeitosos com a gente, a gente sente que não tem diferença entre porque eu tenho isso, porque você tem aquilo. Eles tratam tudo num gênero só, com muita atenção, com muito carinho. Quando é pra brigar, ele briga, quando é pra sabe? Elogiar, ela elogia. Então aqui é o hospital ótimo, pra essa doença eu não tenho nada que reclamar. (P01)

Não tenho nada que reclamar não, eu fui sempre muito bem atendida, acho que até melhor do que os outros pacientes aqui, que quando chego e falo, que mostro a carteirinha, que todo mundo já sabe, não vamos fazer que agiliza logo mais rápido a situação, acho que até eu me sinto uma VIP. (35)

Os pacientes citados acima demonstram sua satisfação com o atendimento através de expressões como: “não tenho do que reclamar”; “sempre fui bem atendida”; “não tenho crítica nenhuma”; “os médicos aqui são muito atenciosos”; “acho que eu até me sinto uma VIP”. Percebe-se nestas falas que o senso de valorização pessoal é muito importante. O indivíduo quando está mal consigo, sente necessidade de externar suas insatisfações de várias formas e uma delas é através da murmuração, reclamação e depreciação de coisas e pessoas. Os pacientes acima referem ter sido “muito bem atendidos” e, portanto, infere-se que seu estado emocional está sendo satisfeito através do senso de realização pessoal.

O paciente com HIV/AIDS, ao saber do resultado do exame, muitas vezes se sente desanimado e excluído devido ao preconceito trazido pela doença. O paciente diante do diagnóstico muitas vezes prefere ter um contato mais íntimo com o profissional de saúde do que revelar “sua doença” a colegas de trabalho ou mesmo familiares. Para Cruz e Ramos (2015) essa restrição está ligada ao medo do preconceito, envolvendo família e amigos. Há casos em que o paciente se sente tão atemorizado com o preconceito e decide abandonar o tratamento e revela forte tendência ao isolamento e depressão.

Durante o processo de entrevista identificou-se falas que pontuavam a demora no atendimento.

Ah eu gosto, acho que as pessoas que me atendem, os médicos, super atenciosos, tem a questão da demora, mas eu entendo que faz parte né, é muita gente, então acho que por isso mesmo com a doutora sendo atendido eles me dão muita atenção, aí então eu imagino que com todo mundo deve ser assim. (P43)

É bom (...) Chegar e ser atendido, demora muito o atendimento lá fora, depende né, hoje eu acho que vai ser rápido, porque eu não cheguei tão cedo, mas cheguei um pouco mais cedo, mas quando eu chego 1 hora, as vezes eu saio daqui quase 16, 17 horas. (P28)

Eu gosto, por isso eu tô falando pra você que eu não quero sair daqui, as vezes eu quero sair daqui, porque aqui é muito distante pra mim, mas às vezes eu não quero porque eu sei que aqui se eu precisar de uma internação aqui eu tenho, aqui os recursos é melhor do que lá, porque lá é um posto de saúde.(...) Não, eu gosto daqui, assim eu só queria que assim mudasse o remédio, fazer um exame mais perto de casa, porque as vezes é longe, igual agora eu vou pra consulta ainda e dependendo da hora que eu saio da consulta, as vezes não tenho tempo de marcar um exame de sangue, se ele pedir pra eu fazer uma bateria de exame quando eu chego lá na frente já tá fechado, aí quer dizer eu tenho que voltar outro dia, aí tenho que gastar dinheiro de passagem de novo, entendeu, é uma contramão, porque é longe de lá pra cá. (P31)

Eu gosto daqui, mas a consulta demora muito tempo pra acontecer, chego cedo aqui e saio muito tarde né? (P16)

Eu gosto. Só acho que as vezes demora muito, que a gente sai muito tarde daqui. E teve uma vez também que achei que o atendimento não foi muito legal aqui. Acho que foi uma aluna, já eram 18 horas da tarde e parecia que tava falando comigo de qualquer jeito pra ir embora logo sabe? Foi horrível, parece que era um dia que não era pra eu ter vindo mesmo. (P11)

Assim essa demora toda que a gente leva aqui, que quando a gente, por exemplo, porque que marca consulta, a gente tem o cartão, chega aqui 1 hora, (...) marcou minha consulta pra 1, mas quer dizer que se eu fosse atendido 1h eu não precisava pedir atestado, pedir folga extra, não precisava faltar, que se eu chegasse aqui e fosse atendido eu ia trabalhar, porque eu pego 3h, (...) É, mas por exemplo teve um dia que eu cheguei aqui 7h da manhã dei o cartão pro FUNCIONÁRIO DO SETOR e ele falou que meu número já era o 11, (...). 7h da manhã pra ser atendido 1h da tarde, e meu número já era o 11 e eu falei não vai ter como, aí foi no dia que eu vim pra poder pegar o resultado do CD4 e CD8 no dia da minha consulta e eu falei não vou ficar, vou embora (...).

Os atendimentos nos ambulatórios do HU são realizados em dois turnos: matutino das 7 horas às 12 horas e vespertino das 13 horas às 17horas, podendo estender-se até às 19 horas em alguns setores; as consultas não têm hora marcada, então o atendimento é realizado por ordem de chegada dos usuários. A demora no atendimento deve-se ao fato dos pacientes chegarem cedo, ao grande número de pacientes atendidos e ao tempo gasto nas consultas, principalmente nas consultas de primeira vez.

Além das consultas agendadas, alguns pacientes comparecem ao ambulatório sem estarem agendados, ora porque necessitam da emissão de laudos

para o INSS e prescrição de receitas, ora por terem seu estado de saúde agravado. Dessa forma, os últimos pacientes vão deixar o hospital muito tarde. E, como foi colocado “lá frente já está fechado” e não se consegue marcar os exames no mesmo dia.

A entrevistada P45 revela o seu temor de perder o emprego por causa da demora na consulta.

Eu não vou mais perder o emprego, principalmente nessa empresa que eu tô trabalhando, que eu tô gostando, que eu tô recebendo um bom salário, porque nem todas as empresas pagam hora extra, tudo direitinho e essa paga, (...) (P45)

Este temor mostra-se real, visto que, geralmente o paciente não revela ao empregador seu diagnóstico com receio de perder o emprego ou sofrer algum tipo de preconceito e, se ele comparece regularmente a consultas médicas e elas demoram muito, o patrão pode desconfiar. O usuário pode solicitar uma declaração de comparecimento, mas como a consulta demora muito, invariavelmente ele perde meio turno de serviço.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução CFM nº 1.658/2002 e da lei 3.268/57, a declaração de comparecimento é um documento que pode ser emitido por profissionais, inclusive administrativos, do estabelecimento de saúde e por médico quando não há necessidade de afastamento. Este documento justifica a ausência no trabalho durante o período das consultas, ficando implícito o período de deslocamento, devendo o empregado retornar ao trabalho. O empregador poderá ou não abonar esse período. De acordo inciso II, parágrafo 4, artigo 392 e 395 do decreto lei 5.452 de 01 de maio de 1943, há previsão legal para abono de faltas para as consultas médicas e exames laboratoriais somente para empregadas gestantes.

Somente médicos e odontólogos podem fornecer atestado médico de afastamento das atividades laborativas para empregadas gestantes.

As falas revelam um apreço pela equipe do ambulatório de Imunologia da CMB do HUGG, pois elogiam principalmente a atuação dos médicos no contato direto com o paciente.

Eu gosto, acho legal, (...) eu gosto, tipo assim vocês tratam a gente diferentemente de muitos outros hospitais, vocês tratam a gente como ser humano, não como um bicho, porque eu acho que as pessoas esquece que isso é uma doença que não dá em poste nem árvore, isso dá no ser humano, então a pessoa fica meio que assim não num sei o que, vocês não, são legais, não tenho nada pra falar não, só isso só. (P47)

Avalio como ótimo. Sempre fui muito bem tratado, sempre recebi um carinho muito grande e apoio dos enfermeiros, do pessoal da limpeza, até durante a internação, sempre me trataram super bem, nunca tive nenhum problema. (P17)

Ótimo, os médicos, vocês, são todos maravilhosos, merecem ser abraçados todos os dias, pelo carinho, pelo respeito. (P18)

Foi citado também na entrevista o desejo de ser encaminhado para outras especialidades. A solicitação se deve ao fato de o paciente estar sentindo outras complicações que, segundo ele, por estar relacionado ao HIV, desta forma segundo o entendimento do paciente o encaminhamento deveria ser pelo ambulatório.

Acho muito bom. Eu só acho que aqui as vezes o paciente também poderia ser encaminhado para outros especialistas, por exemplo, tô com um problema no nervo da perna que se não me engano foi por causa do HIV e eu gostaria que se alguém daqui mesmo pudesse me encaminhar para um neurologista para que eu pudesse ver algum tratamento para fazer a parte, porque até agora não me encaminharam. Eu pedi para o médico daqui e ele me passou apenas um remédio e que parece que não fez efeito. (P23)

Houve também quem citasse seu descontentamento devido à falta de recursos.

Eu acho que é um ótimo hospital com ótimas pessoas, mas acho que vocês fazem o que podem, mas infelizmente, político corrupto não repassa verba e aí às vezes fica uma semana, quinze dias, sem medicamento. Mas o atendimento aqui é muito bom. (P14)

Em relação ainda ao descontentamento o P33 expressou assim sua fala em relação ao atendimento:

O atendimento que eu acho aqui não é ruim e nem excelente entendeu, pelo fato que a gente as vezes espera muito, a gente quer tomar um copo d'água não tem copo, não tem água, já teve épocas que não teve água, não teve nada. Agora você não pode fazer mais exame nenhum aqui que acabaram com tudo. Entendeu, eu não sei porque o hospital tá desse jeito. (...) Já tá muito tempo assim, que eu fui reclamar já com a ouvidoria daqui. (P33).

Depois da realização dessa entrevista foram instalados bebedouros no hall do ambulatório de pediatria e no jardim interno, os quais atendem à demanda dos ambulatórios. Atualmente os exames laboratoriais são realizados na atenção básica, em clínicas da família ou postos de saúde próximos a residência do usuário. Várias instituições públicas de saúde possuem deficiência na estrutura física causando desconforto tanto para o usuário como para os profissionais que ali exercem suas atividades. Achados similares a estes foram encontrados por da Silva e colaboradores (2015).

Com relação ao acolhimento:

Segundo a Política Nacional de Humanização o acolhimento é “um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/ equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída” Acolher significa identificar que razões levou o usuário a unidade de saúde e atendê-lo na sua necessidade a fim de melhorar a sua saúde. O acolhimento deve ser feito através de uma escuta qualificada e tem como objetivo construir relação de confiança, compromisso e vínculo entre os profissionais/ equipe de saúde e os usuários (BRASIL, 2013).

Maravilhoso. (...) O atendimento aqui desde o porteiro lá na frente até os médicos é maravilhoso, os enfermeiros aqui quando eu vim pra cá..., as enfermeiras me aconselharam muito, você não abandona o tratamento, toma os remédios direitinho, pra você ficar boa, o fisioterapeuta que me acompanhou aqui que eu fiquei sem andar, muito bom, ótimo. (...) (P39)

Quando os entrevistados foram orientados a falarem o que desejassem, 26 (vinte e seis) não quiseram falar, os demais falaram sobre o desejo de viver; prevenção; viver a vida com naturalidade; conformação e adaptação do estilo de

vida; mudança no estilo de vida; religiosidade e crença em Deus; depressão e preconceito.

Tais falas são muito pertinentes fazem jus a estudo posterior dado a relevância dos temas abordados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo pode-se verificar que os usuários atendidos no ambulatório de Imunologia da CMB do HUGG têm boas impressões sobre o atendimento. Outros pontos foram ressaltados por alguns entrevistados: falta de emergência, demora no atendimento, término das consultas após o fechamento do setor responsável por agendar exames, falta de organização na ordem de atendimento, a não realização dos exames no próprio hospital. Tais observações, porém, não chegam a afetar negativamente a impressão dos usuários. Ficou claro que embora haja problemas, estes não chegam a comprometer atuação dos profissionais neste ambulatório. Verificamos que desde o período da realização da coleta, a falta de água para os pacientes, por exemplo, foi solucionada com a instalação de um bebedouro no setor de pediatria que fica próximo ao local onde são realizados os atendimentos.

Existe uma demanda de orientações a serem fornecidas aos usuários visando facilitar o acesso ao atendimento no ambulatório. Consideramos importante a criação de um instrumento que contenha informações acerca de horário de atendimento no ambulatório, como é feita a dispensação de medicamentos e horário de funcionamento da farmácia, marcação de exames, agendamento de consultas em outras especialidades, horários de funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR), do laboratório entre outros.

6 PRODUTO

Orientações aos Pacientes em Atendimento no Ambulatório de Imunologia do HUGG.

No decorrer da pesquisa foi observado que os pacientes necessitam de constantes informações. Por mais que eles sejam orientados gradativamente no processo de tratamento, observou-se que as mesmas dúvidas são recorrentes. Levando-se em consideração que a clientela atendida tem diferente níveis de escolaridade, optou-se por criar um instrumento que oferecesse informações de forma acessível a todos.

Assim sendo, foi elaborado um folheto informativo contendo os seguintes itens:

- Local das consultas;
- Horário de atendimento no ambulatório de Imunologia;
- Horários de funcionamento dos diversos setores.
- Como solicitar documento de comprovação de comparecimento
- Como realizar os exames
- Recomendações inerentes ao tratamento.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, F.T.M.; NICHATA, L.Y. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edição 70, 2011. p. 229.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica*. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf>. Acesso em: 06/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. v. 49, n. 53, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. n. esp., p. 1-79, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*, 1ª ed, Brasília-DF, 2013.

BRUNELO, M.E.F., et al, O vínculo na atenção à saúde; revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.

CAIXETA, C. Social support for people living with aids. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 5, n. 8, p. 1920-1930, 2011.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84. 2006.

COFEN. *Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987*, 1987.

COFEN. *Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso 1, alínea "I"*, 1986.

COFEN. *Resolução COFEN 159/1993*, 1993.

CRUZ, G.E.; RAMOS, L.R. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 488-93, 2015.

DANTAS, C.C.; SOUZA, E.C.O.; LEITE, J.L.; JOHANSON, L.; STIPP, M.A.C. A atuação da enfermagem na epidemia de HIV/AIDS. In: FIGUEIREDO, N.M.A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. 1ª Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

DA SILVA, R.A.R., et al. *Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados prestados a pacientes com Aids*. Disponível em: <<http://www.um.es/gglobal/outubro2015>>. Acesso em: 11 set. 2019.

DECRETO LEI Nº 7.498 DE 25 DE JUNHO DE 1986. *Diário Oficial Da União (1986)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm>. Acesso em: 06 jan. 2020.

DECRETO LEI Nº 9.313 DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996. *Diário Oficial Da União Seção: 1 Página: 1 (1996)*. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1500695/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-14-11-1996>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

DECRETO Nº 94.406 DE 8 DE JULHO DE 1987. *Diário Oficial Da União (1987)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 06 jan. 2020.

FERREIRA, B E.; OLIVEIRA, I.M.; PANIAGO, A.M.M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev Bras Epidemiol*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.

GOUVÊA-E-SILVA, L.F., et al. Quality of life and handgrip strength of HIV patients diagnosed with neurotoxoplasmosis. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, [S.l.], v. 21, p. 1-10, 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. Gerência de IST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*, 2018.

Disponível em:

<<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=DcLa%2Bw2z%2FL4%3D>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

LELIS, R.T., et al. Vivendo com HIV/AIDS: estudos da ocorrência de discriminação nos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, [S.l.], p. 22-28, 2012.

LEMOS, L.A.; FEIJÃO, A.R.; GALVÃO, M.T.G. Aspectos Sociais e de Saúde de Portadores da Coinfecção HIV/Tuberculose. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 364-71, 2013.

LÔBO, M.B.; DA SILVA, S.R.F.F.; DE SOUZA SANTOS, D. Segredos de liquidificador: conhecimento e práticas de sexo seguro por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 395-403, 2012.

MACÊDO, S.M.; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L.; Consulta de Enfermagem ao Paciente com HIV: Perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. *Rev Bras Enf online*, [S.l.], v. 66, p. 196-201, 2013.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. 14^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

PEREIRA, F.C.C. *Processo de trabalho do enfermeiro no atendimento a pessoa vivendo com HIV/AIDS na estratégia saúde da família*. 2016. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

PEREIRA, M.G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J.C. Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, P. 287-295, 2013.

PINTO, R.N.L.; LEMOS, C.T.; ECCO, C. *Medicina e Religião no enfrentamento do HIV/AIDS: família como ângulo de análise*. São Paulo: Fonte Editorial, 2016. p. 497-501.

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016 do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União Edição: 32 Seção: 1 Página; 23 (2016)*. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=18/02/2016&pagina=23>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª Ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

REIS, R.K., et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto & Contexto-Enfermagem*, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 365-374, 2011.

SIGNORINI, D.J.H.P. *Elaboração de um modelo de entrada de dados em HIV/AIDS visando efetuar estudos clínicos e epidemiológicos de pesquisa e uma análise de sobrevivência dos pacientes com AIDS atendidos em um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro, entre 1995-2002*. 2004. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SOARES, G.B., et al. Quality of life of people living with HIV/Aids treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 1075-1084, 2015.

UNAIDS. *Report on the Global AIDS Epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, 2019.

ZAKABI, D. *Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica : a perspectiva dos profissionais de saúde*. 2012. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE A - Termo de Compromisso com o Orientador**TERMO DE COMPROMISSO COM O ORIENTADOR**

De: Elizabeth Santana Martins

Para: Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Eu, Elizabeth Santana Martins, mestranda do Programa de pós-graduação em HIV/Aids e Hepatites Virais Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro da turma 2018/01, pretendo realizar o projeto de pesquisa intitulado: Impressões dos Pacientes reagentes para o HIV sobre o atendimento no Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro, Brasil. Sendo assim solicito a professora Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, o acesso ao seu banco de dados, coletado durante sua pesquisa de pós-doutorado, para tal destaque que serão utilizados os dados pertinentes a minha temática, com fidedignidade de conteúdo que se encontra referido no banco de dados.

Rio de Janeiro, 13 de março de 2019.

Enfermeira Elizabeth Santana Martins

Prof^a. Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: **"TRABALHO E CONDIÇÕES DE VIDA APÓS A INTRODUÇÃO DA HAART: UM ESTUDO COM PESSOAS VIVENDO COM HIV/Aids, MATRICULADOS NO AMBULATÓRIO DO HUGG/UNIRIO, BRASIL"**

Prezado(a) Senhor(a),

OBJETIVO DO ESTUDO: analisar o sentido que as pessoas vivendo com HIV/Aids estabelecem em suas relações com o trabalho; caracterizar as condições de vida e de trabalho das pessoas após o diagnóstico de HIV/Aids e submetidas a HAART; conhecer a rede de apoio presente no cotidiano das pessoas vivendo com HIV/Aids submetidas a HAART que relacionam-se com suas condições de vida e de trabalho.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para avaliar a qualidade de sua vida, e de seu trabalho após o diagnóstico de HIV/Aids. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir em sua vida, muito menos em seu atendimento nesse ambulatório.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos suas respostas (sem que você seja identificado) como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: o estudo vai promover um maior conhecimento sobre suas condições de vida e trabalho de pessoas vivendo com HIV/Aids, não será, necessariamente, para o seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você vai fornecer informações sobre como você está vivendo após o início do antirretroviral, se você está trabalhando ou não, e quais as suas condições de vida. A partir desse estudo pretende-se elaborar um instrumento para avaliar a influência do trabalho na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, e assim promover melhorias para pacientes como você.

CONFIDENCIALIDADE: como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DESTINO, SEGURANÇA E GUARDA DO MATERIAL COLETADO: todo material coletado será armazenado exclusivamente pela pesquisadora que o coletou, em seu arquivo pessoal. Após o período de 5 anos, o material será descartado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: esta pesquisa está sendo realizada com pacientes matriculados no ambulatório da 10ª. enfermaria do HUGG/UNIRIO. Possui vínculo com a Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF através do Programa de Pós Graduação em Enfermagem sendo a aluna Fabiana Barbosa Assumpção de Souza (UNIRIO) a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof. Dra. Gislene Alves da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com Fabiana no telefone 2542- 6404, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-6404 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Data: ____ / ____ / ____ .

ANEXO B - Aprovação do CEP-HUGG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E CONDIÇÕES DE VIDA APÓS A INTRODUÇÃO DA HAART: UM ESTUDO COM PESSOAS VIVENDO COM HIV/Aids, MATRICULADOS NO AMBULATÓRIO DO HUGG/UNIRIO, BRASIL.

Pesquisador: FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45955315.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.125.414

Data da Relatoria: 25/06/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa que constituirá pós-doutorado a ser realizado em parceria com Universidade Federal de Juiz de Fora e a UNIRIO, com dados a serem coletados no HUGG. A população-alvo será constituída de paciente soropositivos para HIV que são acompanhados no ambulatório do HUGG.

Objetivo da Pesquisa:

* Analisar as condições de vida e de trabalho de pessoas vivendo com HIV/Aids submetidas a HAART, em atendimento em um ambulatório de imunologia de um Hospital Universitário, localizado no Município do Rio de Janeiro.

* Analisar o sentido que as pessoas vivendo com HIV/Aids estabelecem em suas relações com o trabalho; caracterizar as condições de vida e de trabalho das pessoas após o diagnóstico de HIV/Aids e submetidos a HAART;

* Conhecer a rede de apoio presente no cotidiano da pessoas vivendo com HIV/Aids submetidas a HAART que relacionam-se com suas condições de vida e de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos a autora define: "O estudo apresenta risco mínimo no momento que faz perguntas aos participantes de sobre experiências pessoais. O participante pode se recusar a responder qualquer

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.125.414

pergunta se não se sentir à vontade."

E benefícios: "O estudo vai promover um maior conhecimento sobre as condições de vida e trabalho dos pacientes vivendo com HIV/Aids, não será,

necessariamente, para o benefício direto do paciente. Entretanto, fazendo parte deste estudo os participantes vão fornecer informações sobre como estão vivendo após a introdução da HAART, se estão trabalhando ou não, quais as suas condições de vida. Com esse estudo pretende-se elaborar um instrumento para avaliar a influência do trabalho na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que possibilitará a compreensão do modo de vida de pacientes submetidos a terapia denominada HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa) em pacientes acompanhados em um serviço de referência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto adequadamente assinada

Apresenta instrumento de coleta de dados

Apresenta TCLE

Recomendações:

Recomenda-se modificar no TCLE, a parte referente a "alternativa para participação no estudo", pois parece se referir a outra pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.125.414

RIO DE JANEIRO, 25 de Junho de 2015

**Assinado por: Sônia
Regina de Souza
(Coordenador)**

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com