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

IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM PVHIV NO AMBULATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RJ, BRASIL.

MARCELLE ABEL PEREIRA LIMA

Rio de Janeiro

2024

MARCELLE ABEL PEREIRA LIMA

IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM PVHIV NO AMBULATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RJ, BRASIL.

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.

Área de concentração: Inovação de processo e sustentabilidade de HIV/Aids, Rio de Janeiro, Brasil.

Linha de pesquisa: CNPq Tuberculose, HIV/Aids e doenças negligenciadas.

Orientador (a): Prof ª e Drª. Fabiana Barbosa de Assumpção de Souza**.**

Rio de Janeiro

2024

M528 Lima, Marcelle Abel Pereira Lima, 2024.

IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM PVHIV NO AMBULATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RJ, BRASIL./ Marcelle Abel Pereira Lima – Rio de Janeiro (RJ): UNIRIO/ PPGHIV/HV, 2024.

82f.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Fabiana B. Assumpção de Souza. Coorientador:

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Bibliografia.

Inclui lista de tabelas.

1. HIV (Vírus). 2. Processo de Enfermagem. 3. Histórico de Enfermagem. I. Título.

LIMA, MARCELLE. **IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM PVHIV NO AMBULATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RJ** / Marcelle Abel Pereira Lima – Rio de Janeiro (RJ): UNIRIO/PPGENF, 2024. N°. Dissertação de Mestrado. Programa Pós-graduação em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

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

Área de concentração: Inovação de processo e sustentabilidade de HIV/Aids, Rio de Janeiro, Brasil.
Linha de pesquisa: CNPq: Tuberculose, HIV/Aids e doenças negligenciadas

Aprovação:_____/____/_____

BANCA EXAMINADORA:

_____
Orientadora Prof.ª Dra. Fabiana Barbosa de Assumpção de Souza-Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP/ UNIRIO

_____
Prof. Dr.ª Marilda Andrade- Escola de Enfermagem da UFF
Examinadora Externa

_____
Prof. Dr.ª Vera Lúcia Freitas- DEMC/EEAP/UNIRIO
Examinadora interna

_____
Prof. Dr.ª Rosa Gomes dos Santos Ferreira-UFRJ/RJ
Suplente externa

_____
Prof. Dr.º Alan Messala de Aguiar Britto-UNIRIO/RJ
Suplente interno

O processo de cuidar em saúde na enfermagem consiste na utilização das competências teóricas, técnicas e cientificas. Estas capacitam o profissional de saúde/enfermeiro a reconhecer as necessidades e peculiaridades de cada indivíduo a quem se presta, de modo a ofertar uma assistência qualificada e resolutiva (DOMINGOS; FONTES, 2017).

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio e suporte nesta jornada.

A minha orientadora Profª. Dra Fabiana Assumpção, que esteve presente comigo nesta caminhada. Obrigada pelos ensinamentos e esclarecimentos quanto as dúvidas que surgiram ao longo do decorrer do mestrado profissional. Pela dedicação, ensinamentos, oportunidades de aprendizado.

Ao Programa de Pós Graduação em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais, e à esta Universidade pelo ensino de qualidade e oportunidades de crescimento pessoal e profissional;

Agradeço ao Dr Marcos Davi médico do Ambulatório de Imunologia sempre solícito em sanar minhas dúvidas.

Aos pacientes do Ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle que participaram da pesquisa.

RESUMO

INTRODUÇÃO: a decisão de escrever sobre essa temática se originou da minha experiência como enfermeira de um hospital Universitário localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, onde atuo no Ambulatório de Imunologia. Este ambulatório atende quatro especialidades, mas sua principal característica é o atendimento de usuários reagentes para o HIV, desde a década de 80. **OBJETO DE ESTUDO**: a Consulta de Enfermagem com as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) como rotina em um Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário. **OBJETIVO GERAL**: implementar a consulta de enfermagem no Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**: investigar o estilo de vida das PVHIV em atendimento no ambulatório para estabelecer um roteiro de consulta de enfermagem; elaborar o roteiro/histórico de enfermagem na consulta com PVHIV; verificar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório; implementar a consulta de enfermagem a fim de desenvolver ações que integrem o cuidado de enfermagem. **METODOLOGIA**: pesquisa com abordagem quantitativa interligada a um projeto maior intitulado: “Inovação de processo e sustentabilidade em um ambulatório de HIV/Aids, Rio de Janeiro”. A coleta de dados foi realizada com as PVHIV que são atendidas no Ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário. Os critérios de inclusão foram adultos e usuários matriculados no hospital. Os critérios de exclusão foram gestantes e crianças. Para a aplicação do histórico, os usuários foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a instituição responsável e o caráter voluntário e sigiloso da participação de cada um. Como estudo piloto, inicialmente, foram entrevistados 12 usuários e após essa etapa foram realizadas modificações no questionário. Foi utilizado como roteiro de pesquisa/instrumento o histórico para utilização na consulta de enfermagem. A população total desse estudo contabilizou 279 usuários de um total de 2041 usuários cadastrados e a coleta de dados foi realizada no período de 24/05/2022 à 15/06/2023, através de entrevistas presenciais utilizando um roteiro de histórico de enfermagem, no *google forms.* Foi realizada uma análise com o programa R 4.3.1 e a realização da descrição dos dados encontrados no formulário. **PRODUÇÃO TECNOLÓGICA**: como produção tecnológica foi realizado um roteiro de anamnese no Ambulatório da Imunologia e posteriormente implementado, tendo como objetivo orientar as PVHIV, sobre a importância de seguir o tratamento para um adequado estilo de vida. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**: a consulta de enfermagem permitiu ter um olhar diferenciado frente as necessidades da PVHIV em sua integralidade. Ao longo da realização das entrevistas, foi possível perceber como a PVHIV requer um cuidado global. Ademais, foi destacado no estudo, a importância de enfatizar a adesão à terapia antirretroviral e orientar quanto à eficácia da terapia medicamentosa no sucesso do tratamento. O estudo possibilitou verificar que a adesão à terapia antirretroviral traz inúmeros benefícios, como: suprimir a carga viral a níveis indetectáveis, reduzindo o risco de transmissão do vírus. Os resultados encontrados poderão contribuir para novos estudos e pesquisas voltados para a consulta de enfermagem a PVHIV, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem**. CONCLUSÃO**: ao final do estudo, foi possível verificar que no local estudado, a realização da consulta de enfermagem permitiu à pessoa que vive com HIV um ambiente de acolhimento e esclarecimento de dúvidas que surgiam ao longo da realização do histórico de enfermagem. Visto com isso, a importância de vincular o paciente ao serviço, reter no seguimento por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos permitindo a integralidade do cuidado. Através dos questionamentos foi possível verificar como está a saúde da PVHIV com o intuito de proporcionar uma adequada qualidade de vida.

Palavras Chaves: HIV; consulta de enfermagem; Imunologia

ABSTRACT

INTRODUCTION: the decision to write about this topic originated from my experience as a nurse at a University hospital located in the North Zone of the city of Rio de Janeiro, where I work in the Immunology Outpatient Clinic. This outpatient clinic serves four specialties, but its main feature is the care of HIV-positive users since the 1980s. **OBJECT OF STUDY:** Nursing consultation with people living with HIV (PLHIV) as a routine in an Immunology Outpatient Clinic of a University Hospital. **GENERAL OBJECTIVE:** to implement nursing consultation in the Immunology Outpatient Clinic of a University Hospital. **SPECIFIC OBJECTIVES:** to investigate the lifestyle of PLHIV receiving care at the outpatient clinic to establish a nursing consultation script; prepare the nursing script/history in the consultation with PLHIV; Verify the profile of patients treated at the outpatient clinic; implement nursing consultations in order to develop actions that integrate nursing care. **METHODOLOGY:** research with a quantitative approach linked to a larger work entitled: "Process innovation and sustainability in an HIV/Aids outpatient clinic, Rio de Janeiro". Data collection was carried out with PLHIV who are treated at the Immunology Outpatient Clinic of a University Hospital, located in the North Zone of the Municipality of Rio de Janeiro. The inclusion criteria were adults and users enrolled in the hospital. Exclusion criteria were pregnant women and children to apply the history, users were informed about the objectives of the research, the responsible institution and the voluntary and confidential nature of each person's participation. As a pilot study, 12 users were initially interviewed and after this stage, modifications were made to the questionnaire. The history for use in the nursing consultation was used as a research script/instrument, containing. The total population of this study accounted for 279 users out of a total of 2041 registered users and data collection was carried out from 05/24/2022 to 06/15/223, through face-to-face interviews using a nursing history script, in the google forms. An analysis was carried out using the R 4.3.1 program and a description of the data found in the form was carried out. **TECHNOLOGICAL PRODUCTION:** as technological production, an anamnesis script was carried out at the Immunology Outpatient Clinic and subsequently implemented, with the aim of guiding PLHIV on the importance of following treatment for an adequate lifestyle. **ANALYSIS AND DISCUSSION OF RESULTS:** The nursing consultation allowed us to have a different perspective on the needs of PLHIV as a whole. Throughout the interviews, it was possible to understand how PLHIV requires global care. Furthermore, the study highlighted the importance of emphasizing adherence to antiretroviral therapy and providing guidance on the effectiveness of drug therapy in the success of treatment. The study made it possible to verify that adherence to antiretroviral therapy brings numerous benefits, such as: suppressing the viral load to undetectable levels, reducing the risk of virus transmission. The results found may contribute to new studies and research aimed at nursing consultations for PLHIV, with the aim of improving the quality of nursing care. **CONCLUSION:** At the end of the study, it was possible to verify that in the location studied, carrying out the nursing consultation provided the person living with HIV with a welcoming environment and clarification of doubts that arose during the completion of the nursing history. In view of this, the importance of linking the patient to the service, retaining follow-up through follow-up and carrying out periodic exams allowing comprehensive care. Through the questions, it was possible to check the health of PLHIV with the aim of providing an adequate quality of life.

Keywords: HIV; nursing consultation; Immunology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Consulta de Enfermagem- Conselho Federal de Enfermagem (Brasil)- Resolução n 159 de 1993

Figura 2- Estrutura do HIV

Figura 3- Evolução do HIV no Organismo.

Figura 4- Fluxo do Exame de Genotipagem do HIV

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV	Antirretroviral
AZT	Antirretroviral Zidovudina
ARC	Complexo Relacionado à Aids
CD4	Grupamento de diferenciação 4
CCR5	Receptor de quimiocina C-C5
CXCR4	Receptor de quimiocina
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes *Mellitus*
ELISA	*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*
FV	Falha Virológica
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITRNN	Inibidores da transcriptase Reversa análogos de Nucleosídeos
IFI	Imunofluorescência *Indireta*
IO	Infecções Oportunistas
LTCD4+	Linfócitos TCD4+
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	Organização Mundial de Saúde
PrEP	Profilaxia de Pré-Exposição
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PCP	Pneumocystis carinii
PE	Processo de Enfermagem
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
QV	Qualidade de Vida
RNA	Ácido Ribonucleico
SK	Sarcoma de Kaposi
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TARV	Terapia Antirretroviral

HSH	Homens que fazem sexo com homens
UNAIDS	Joint United Nations Programmeon HIV/Aids (Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/Aids)
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
WB	Western Blot

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 12
1.1 OBJETO DE ESTUDO 15
1.2 OBJETIVO GERAL 15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15
1.4 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA 16
2 REFERENCIAL TEÓRICO 17
3 METODOLOGIA 38
3.1 TIPO DE ESTUDO 38
3.2 CONTEXTO 38
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 38
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 39
3.5 COLETA DE DADOS 40
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 41
4 PRODUÇÃO TECNOLÓGICA 41
5 FINANCIAMENTO DA PESQUISA 41
6 RESULTADOS 41
7 DISCUSSÃO 55
8 CONCLUSÃO 66
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 68
10 REFERÊNCIAS 69
11 APÊNDICES I 76
11.1 APÊNDICE 1.1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 76
11.2 APÊNDICE 1.2- HISTÓRICO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM 78
12 ANEXOS 82
12.1 ANEXO I- PARECER DO PROJETO DE PESQUISA 82

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A decisão de escrever sobre esta temática se originou da minha experiência como enfermeira de um Hospital Universitário localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, onde atuo no ambulatório de Imunologia. Este ambulatório atende quatro especialidades, mas sua principal característica é o atendimento de usuários reagentes para o HIV, desde a década de 80.

A aids é uma manifestação clínica avançada da doença causada por infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Caracteriza-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em maior suscetibilidade às infecções oportunistas e desenvolvimento de neoplasias (BRASIL, 2015).

Segundo Domingues (2017) a partir de 1996, com a política pública brasileira de acesso universal à Terapia Antirretroviral (TARV), houve a redução da morbidade e da mortalidade pelo HIV, aumentando a sobrevida e conferindo à doença um caráter crônico. A partir de 2013 foi instituído o início da TARV para todas as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), após a confirmação do diagnóstico, independente da contagem de CD4. Esta medida teve como resultado uma melhora expressiva da Qualidade de Vida (QV) das pessoas diagnosticadas, e a redução da probabilidade de transmissão do HIV.

Com a evolução na eficácia da TARV, a infecção pelo HIV tornou-se condição crônica manejável, onde pessoas diagnosticadas oportunamente e com tratamento adequado passam a ter uma expectativa de vida consideravelmente melhor (BRASIL, 2015).

Em relação à Qualidade de Vida (QV) nos últimos anos, o aumento do índice de esperança de vida desses indivíduos está relacionado diretamente aos marcadores sistemáticos biológicos e aos avanços da Terapia Antirretroviral (TARV). O advento da TARV permitiu uma redução considerável nas manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV, ao lado de um ganho visível na qualidade de vida e no prognóstico das pessoas em tratamento. O principal objetivo da TARV é retardar o surgimento do quadro de imunodeficiência e melhorar a capacidade imunológica da pessoa infectada (MARTINS, 2017).

É importante salientar que as PVHIV são propensas ao desenvolvimento de infecções oportunistas que podem ocasionar sua internação, diante disso é importante que a enfermagem realize os cuidados às PVHIV, integrando os cuidados específicos nos casos de infecções oportunistas; promovendo um bom estado nutricional; realizando a inspeção na pele e mucosas; avaliando o estado respiratório; avaliando estado neurológico do paciente; avaliando o estado hidroeletrolítico; mantendo integridade da pele; avaliando dor e desconforto; prevenindo infecções (CARDOSO, 2020).

Atualmente, a PVHIV possui uma expectativa de vida muito semelhante à população geral, desde que utilize os medicamentos antirretrovirais de forma adequada.

Nos últimos anos, o interesse no desenvolvimento de pesquisas para avaliar a QV de PVHIV, fundamentadas nas necessidades humanas, vem crescendo, visto que são afetadas pelo caráter crônico da doença, prolongando-se desde os resultados clínico laboratoriais (Carga Viral; CD4/CD8) até as dimensões socioculturais e bioéticas.

Este projeto visa implementar a consulta de enfermagem com o objetivo de desenvolver ações que integrem o cuidado de enfermagem. Dessa forma, será desenvolvido um roteiro para consulta que irá conter o histórico de enfermagem sendo o processo deliberado, sistemático e contínuo; realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. Por meio de abordagem contextualizada e participativa, reconhece-se que a Consulta de Enfermagem pode subsidiar condições para melhorar a qualidade de vida dos sujeitos.

Segundo Conselho Federal de Enfermagem a consulta de enfermagem e o seu estabelecimento como atividade privativa do enfermeiro somente ocorreu em 1986, por meio da Lei n.º 7.498/86, art.11, inciso I, alínea i, que regulamentou o seu exercício. Posteriormente, através da Resolução n.º 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem foi regulamentada, no sentido de organizar o trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

A consulta de enfermagem é um instrumento assistencial, que promove o esclarecimento de dúvidas, orienta e facilita o processo terapêutico de pacientes. Através dela, torna-se possível promover o apoio, o acolhimento, a interação, a escuta e o diálogo com o paciente. As ações desenvolvidas durante a consulta de enfermagem são direcionadas para a conscientização do paciente quanto à importância da adesão ao tratamento medicamentoso.

Segundo a resolução Cofen nº 358/2009, citada anteriormente, que trata da sistematização da assistência, o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

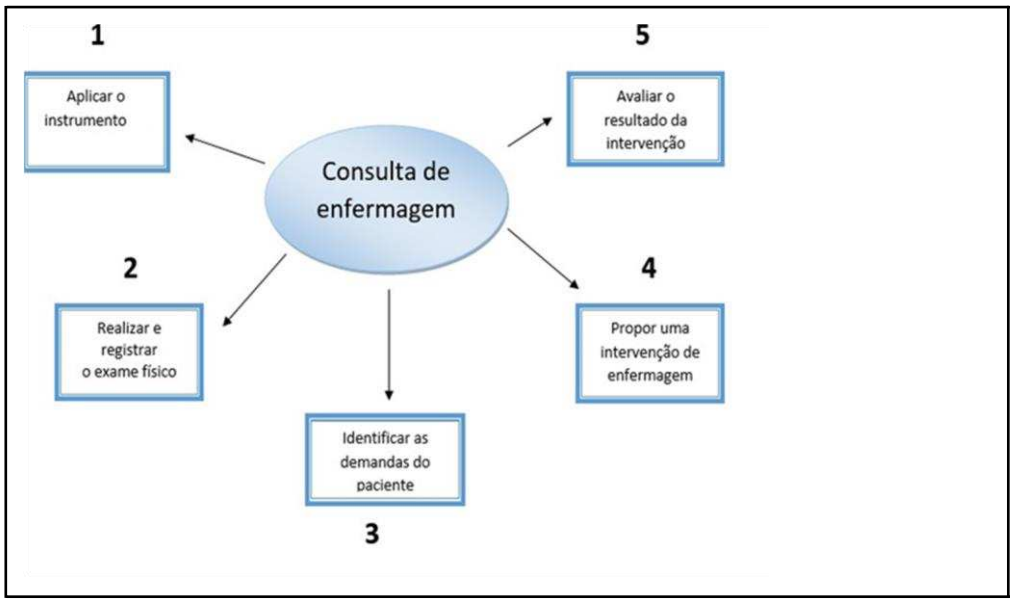
A investigação (histórico de enfermagem) é a primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, é o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do cliente. A partir da coleta de dados é realizada a análise de dados com identificação dos problemas, elaboração dos diagnósticos e plano de cuidado individualizado (TANURE, 2010).

O acesso universal a serviços de prevenção e tratamento de alta qualidade direcionada à população em risco é essencial na manutenção da qualidade de vida de pessoas vivendo com o HIV e na redução de novas infecções por HIV. Uma abordagem que some esforços de prevenção e tratamento pode gerar resultados extraordinários a curto prazo evitando novas infecções (COSTA, 2015).

Segundo Nahas (2017) o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

> É um conceito de amplo espectro, que incorpora de modo complexo a saúde física,o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais das pessoas, bem como suas interfaces com importantes características de seu meio”(GIMENES, 2013).

FIGURA 1



Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 159/1993

1.1 OBJETO DE ESTUDO

- A Consulta de Enfermagem com PVHIV como rotina em um Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário.

1.2 OBJETIVO GERAL

-Implementar a consulta de enfermagem no Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Investigar o estilo de vida de PVHIV em atendimento no ambulatório com o objetivo de estabelecer um roteiro de consulta de enfermagem;

-Elaborar o roteiro/histórico de enfermagem na consulta com PVHIV;

-Verificar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório

-Implementar a consulta de enfermagem com o objetivo de desenvolver ações que integrem o cuidado de enfermagem.

1.4 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

O estudo justifica-se à medida que proporciona desenvolvolvimento de um roteiro de histórico de Consulta de Enfermagem, no Ambulatório de Imunologia com as PVHIV. Procura ainda destacar a importância de hábitos de vida saudáveis como forma de atingir as metas a serem alcançadas.

A consulta de enfermagem é um importante instrumento para a assistência à pessoa vivendo com HIV/Aids, pois permite que o enfermeiro forneça apoio ao paciente diante do seu diagnóstico e facilite o seu processo terapêutico. Nesse momento, de acolhimento, escuta, interação e diálogo, ocorre vínculo entre paciente e profissional com o objetivo de conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso (MACEDO, 2013).

O papel da enfermagem está no atendimento humanizado ao paciente e a sua família, realizando o acolhimento, agindo diretamente na qualidade de vida do paciente de forma a gerar maior conforto, como influenciar o alívio da dor. A enfermagem trabalha de maneira simultânea com a equipe multidisciplinar que incluem médicos, psicólogos e terapeutas (ANDRADE, 2021).

A queda substancial do número de óbitos e aumento da sobrevida das PVHIV é, em muito, atribuída a ações governamentais e não governamentais ao longo desses 30 anos. Tais ações incluem a oferta gratuita e universal de TARV, prevenção e tratamento precoce de doenças oportunistas, aumento da rede de serviço para diagnóstico do HIV e intensificação das estratégias de adesão à prevenção e tratamento da doença. Observa-se, porém, que embora existam evidências de um aumento na sobrevida dos pacientes com doenças específicas relacionadas à Aids, ele não é uniforme e seus determinantes necessitam ser investigados (MEIRELLES, 2016).

Segundo Hipólito (2017), o Programa Nacional de Aids (desde 2019, denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI), é reconhecido por seu sucesso no manejo da epidemia. Suas ferramentas mais importantes são baseadas em medidas preventivas, notificação e vigilância de casos, o monitoramento de PVHIV através de testes laboratoriais e o acesso universal e gratuito ao tratamento da aids por aqueles que precisam.

O estudo apresenta, ainda, significativa relevância para o campo da enfermagem, pois através dos domínios que contém no histórico de enfermagem será possível identificar como o tratamento adequado e os cuidados de enfermagem possibilitarão a

melhora da QV de PVHIV.

A escuta sensível e o diálogo aberto possibilitam colocar o enfermeiro em um papel diferenciado, não sendo percebido somente como profissional da saúde, mas como alguém mais próximo, como pessoas a quem pode confiar. A prática cotidiana da escuta e do diálogo suscita o relacionamento afetivo entre profissional e usuário, de forma que o vínculo estabelecido se expressa através do compartilhamento de saberes, da convivência, da ajuda e do respeito recíprocos entre profissional e paciente.

Além disso, a pesquisa visa contribuir para o campo da pesquisa na realização de novos estudos que objetivem apresentar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis no contexto do paciente HIV/Aids.

2.REFERENCIAL TEÓRICO:

2.1-Contextualização epidemiológica do HIV/Aids no mundo, Brasil e Rio de Janeiro

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ataque aos Linfócitos T auxiliares (CD4+), provocando depressão quantitativa e progressiva destes, ocasionando risco maior para infecções oportunistas, doenças causadas por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios. Devido à “quebra da barreira imune”, a alteração da imunidade facilita a disseminação de produtos bacterianos para circulação sanguínea e contribui sobremaneira para o processo de disfunção imune que caracteriza a evolução da doença (BRASIL, 2013).

A aids surgiu no início dos anos de 1980, e segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (2021) o mundo teve aproximadamente 1,5 milhão [1,1 milhão – 2 milhões] de pessoas que se tornaram recém-infectadas por HIV. Já em 2021, cerca de 38,4 milhões (33,9 milhões – 43,8 milhões) de PVHIV.

Dessas, 28,7 milhões de pessoas, no ano de 2021, estavam acessando a TARV (UNAids, 2021). As novas infecções por HIV foram reduzidas em 54% desde o pico, em 1996. Em 2021, populações-chave (profissionais do sexo e sua clientela, gays e homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas trans) e suas parcerias sexuais contabilizavam 70% das infecções por HIV (Assembleia Legislativa de Minas Gerias, 2022).

No Brasil, a infecção pelo HIV é de notificação compulsória, desde 2014. Apesar da obrigatoriedade, verifica-se subnotificação deste agravo em todo o território brasileiro, o que prejudica a realização de análises mais fidedignas sobre o perfil da doença no país, sobre o fornecimento contínuo de medicamentos e sobre as ações prioritárias voltadas às populações-chave e às populações mais vulneráveis (BRASIL, 2019).

Observa-se uma tendência de redução na incidência da infecção pelo HIV em muitos países, porém entre os homens que fazem sexo com homens (HSH) a epidemia tem crescido desproporcionalmente. Em países de baixa e média renda, estima-se que os HSH tenham quase 20 vezes mais chances de se infectar com o HIV em comparação com a população geral. Mesmo em países de alta renda, a epidemia de HIV emerge entre os HSH como um problema grave de saúde pública. No Brasil, estima-se em cerca de 883 mil o número de pessoas vivendo com o HIV até junho de 2017, e observa-se uma alta soroprevalência do HIV entre HSH (17,5% em 2016). Além disso, HSH enfrentam barreiras no cuidado contínuo do HIV, desde o diagnóstico precoce até a obtenção de supressão da carga viral (CECCATO, 2019).

O município do Rio de Janeiro apresenta, nos últimos anos, uma tendência de queda em relação à taxa de detecção dos casos de HIV/Aids, após um incremento na taxa de detecção de casos no período de 2014 a 2017. Em 2017 apresentou a maior taxa de detecção da série histórica, 63,8 casos por 100.000 habitantes, iniciando, na sequência, um período de declínio, chegando a 34,0 por 100.000 habitantes em 2021 (Boletim epidemiológico Brasil, 2022).

2.1.1-Epidemiologia do HIV/Aids no Brasil

A epidemia da aids, no Brasil, pode ser diferenciada em três fases distintas. A primeira foi caracterizada apenas pelos infectados pelo HIV, especialmente homens homossexuais com alto nível de escolaridade, sendo esta época marcada pelo conceito de “grupos de risco”. Na segunda fase, adotou-se o conceito de “comportamento de risco”, devido ao grande número de contaminação por uso de drogas injetáveis, atingindo um número maior de heterossexuais que, consequentemente, caracterizaram a terceira e atual fase, que se assinalou pelo aumento de casos no sexo feminino, de pessoas com baixa escolaridade e pela interiorização da aids, adotando-se, então, o conceito de “vulnerabilidade” (MOURA, 2017).

No Brasil, de 1980 até junho de 2022, foram detectados 1.088.536 casos de Aids. A taxa de detecção apresentou decréscimo de 26,5%, passando de 22,5

casos/100 mil habitantes em 2011 para 16,5 casos/100 mil habitantes em 2021. No mesmo período, nota-se que essa redução foi mais expressiva no sexo feminino (43,6%) em relação ao masculino (16,2%). Em 2021, foram registrados 35.246 casos de aids e a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, foi de 25 homens para cada dez mulheres. Em relação ao HIV, de 2007 até junho de 2022, foram notificados no Sinan 434.803 casos, sendo diagnosticados 40.880 novos casos em 2021 (BRASIL,2022).

Entre 2019 e 2021, o número de casos de infecção pelo HIV declinou 11,1% no Brasil, com maior percentual de redução nas regiões Sul (15,4%) e Sudeste (15,3%). Em relação às Unidades Federadas (UF), a redução de casos variou de 29,0% no Rio Grande do Norte a 3,4% no Amazonas. Entretanto, em cinco UF observou-se elevação dos casos de infecção pelo HIV: Acre (34,5%), Pará (15,5%), Maranhão (7,0%), Sergipe (6,2%) e Tocantins (5,7%) (BRASIL, 2022).

Segundo a UNAIDS (2023) a prevenção combinada do HIV permitiu reduzir novas infecções pelo HIV ao combinar estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais baseadas nos direitos humanos e em evidências, considerando contextos locais bem documentados e compreendidos.

Os métodos que podem ser combinados são os seguintes: a testagem regular para o HIV; a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento para todas as pessoas que já vivem com HIV (BRASIL, 2018).

De 2007 até junho de 2022, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 434.803 casos de infecção pelo HIV no Brasil. A tabela 1 apresenta a distribuição dos casos por regiões do país, sendo o Sudeste com o maior percentual 42,3% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2022).

Em 2021, entre os casos notificados no Sinan o maior percentual foi de 33,0% entre brancos do sexo masculino e 63,2% entre negros do sexo feminino (13,7% de pretos e 49,5% de pardos) (BRASIL, 2022).

Embora se observe uma diminuição dos casos de aids em quase todo o país, nos últimos anos, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação de casos, principalmente no ano de 2020, devido à pandemia de covid-19 (BRASIL, 2022).

Tabela 1 - Distribuição de casos de HIV por regiões no Brasil entre o ano de 2007 e junho 2022

Região	Nº de casos notificados	%
Sudeste	183.901	42,3 %
Nordeste	89.988	20,7 %
Sul	84.242	19,4 %
Norte	42.957	9,9%
Centro Oeste	33.715	7,7%
Total:	434.803	100%

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/aids (BRASIL, 2022).

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

Tabela 2 - Distribuição de casos de HIV por sexo, raça e cor no Brasil em 2021

Masculino	Feminino
Brancos 33%	Brancos 29,4%
Negros 59,8%	Negras 63,2%
Pretos 12,1%	Pretos 13,7%
Pardos 47,7%	Pardas 49,5%
Total: 100%	100%

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/aids (BRASIL, 2022).

2.1.2-Epidemiologia do HIV/Aids no Estado do Rio de Janeiro

De acordo com os dados sobre o Rio de Janeiro, a categoria transmissão vertical foi referida em 6.079 casos de infecção pelo HIV em adultos e, em 2022, representou 2,1% do total de casos com exposição conhecida. Comparando os anos 2019 e 2022, nota-se um aumento de 32,8% de indivíduos adultos com informação de transmissão vertical, que passaram de 597 para 793 casos, respectivamente. Indivíduos com 13 anos ou mais de idade reportados no Sinan com infecção pelo HIV por transmissão vertical sugerem diagnóstico tardio ou atraso nas notificações (Boletim Epidemiológico, 2022).

No período de 2007 a junho de 2023, nos indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal categoria de exposição no sexo masculino foi a de homens que fazem sexo com homens – HSH (52,6%) e, no feminino, a prática heterossexual (86,4%). (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2023).

Com relação à escolaridade, em 2022, verificou- se um elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (26,0%), o que prejudica uma melhor avaliação dessa variável. Quanto aos casos com escolaridade informada, a maior parte possuía ensino médio completo (35,9%) e superior incompleto ou completo (22,7%).

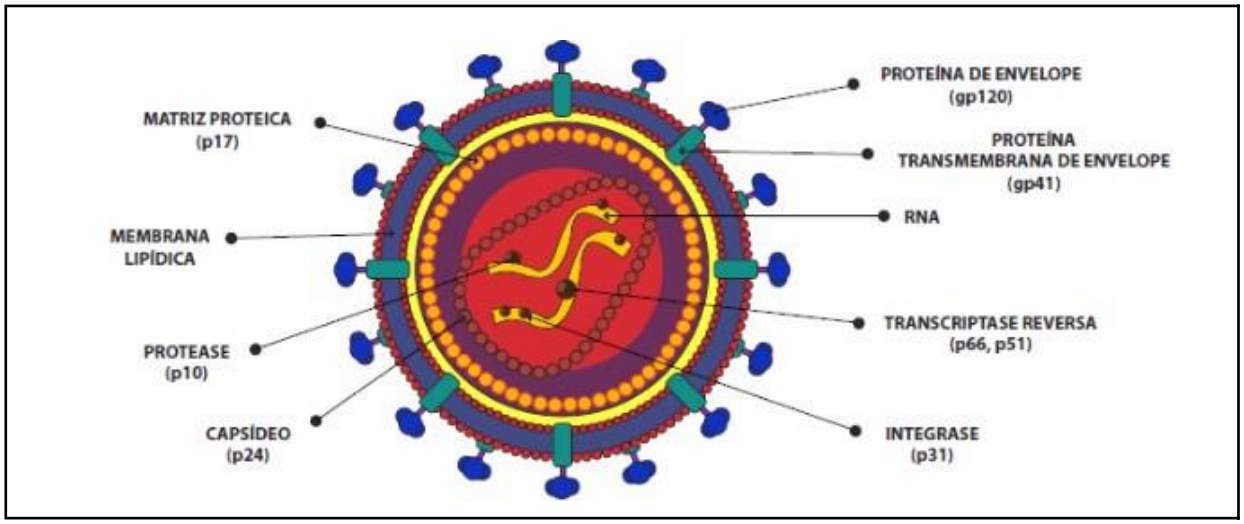
O impacto da epidemia de aids no Estado do Rio de Janeiro ainda é um grande desafio a ser enfrentado por gestores, profissionais de saúde e a sociedade de um modo geral. Embora observemos através da série histórica uma melhora nos indicadores clínicos, os anos de 2019 e 2020 permanecem com: 39% de pessoas diagnosticadas com HIV que demoraram mais de 30 dias para iniciar a Terapia Antirretroviral (TARV); 63% que não iniciaram tratamento em tempo oportuno (com CD4+ >500 céls.); 12% de pessoas que não atingiram supressão viral dentre a população geral e 41% de crianças menores de 5 anos com carga viral detectada; 26% de pessoas com adesão insuficiente ou que abandonaram o tratamento e uma taxa de mortalidade por Aids de 8,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2020).

Analisando a média de dispensação e inclusão de novos usuários no SICLOM, nota-se uma queda na dispensação de TARV nos anos de 2020 e 2021 em adultos e crianças, que pode estar diretamente relacionada com a pandemia de covid-19, quando a ida às unidades de saúde foi menos frequente, além do medo do contágio da infecção, principalmente em relação à população com imunossupressão, apesar do estímulo a não descontinuidade de assistência à PVHA nos segmentos de cuidado. Soma-se a isso, também, a estratégia do MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) lançada no final do ano de 2019, chamada Projeto 60/90, possibilitando aos usuários em determinados tratamentos e condições retirarem medicamentos para 60 ou 90 dias, o que, além do benefício ao paciente, resultou em queda do número de retiradas e idas à unidade de saúde. Devido ao sucesso desse projeto, ele foi continuado e expandido no município, justificando, assim, como se vê na figura 5, o decréscimo de dispensações no ano de 2020 e uma tendência à estabilização nos anos seguintes (BRASIL, 2021).

2.2-Estrutura do HIV e Ciclo de vida

O HIV é uma partícula esférica medindo de 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao gênero *Lentivirus* e à família *Retroviridae*, que apresenta em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou nucleocapsídeo, um capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica (ICTV, 2017).

Figura 2: Estrutura do HIV.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

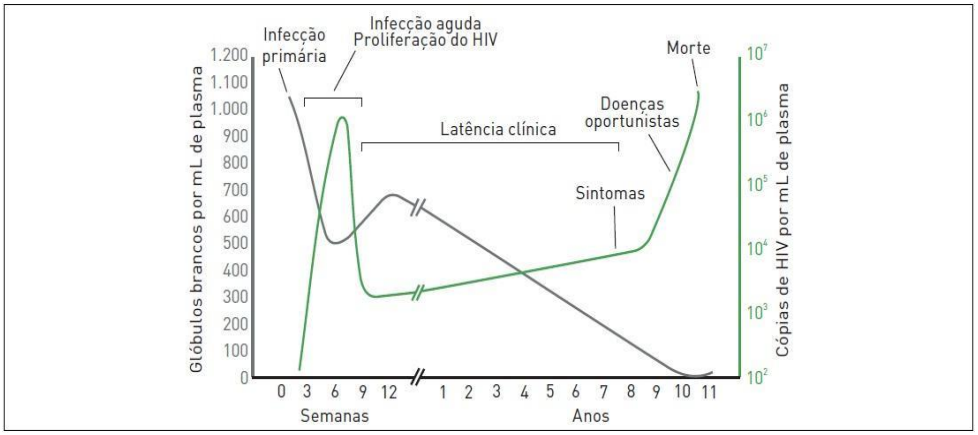
Segundo César (2017), as etapas do ciclo vital do HIV são: 1) a invasão celular inicia-se quando o vírus se liga na célula alvo, pela interação entre a glicoproteína viral gp120/41 e a molécula receptora CD4. Após utilizar o CD4 como receptor primário, o vírus interage com os receptores de quimiocinas CCR5 ou CXCR4, que agem como co-receptores virais. 2) Essas interações permitem a fusão da membrana viral com a membrana celular do hospedeiro e consequentemente a penetração do capsídeo viral na célula. 3) Ocorre o desmantelamento do capsídeo e a liberação do RNA viral no citoplasma. 4) O genoma RNA do vírus é convertido em DNA de dupla fita pela ação da enzima transcriptase reversa (TR). 5) Ocorre a formação do complexo de pré-integração (PIC) no DNA viral, o qual é transportado ativamente para o núcleo. 6) O DNA viral é integrado ao genoma da célula do hospedeiro pela ação da integrase viral, a qual está associada ao PIC. A forma do DNA integrado do vírus é chamada de provírus. 7) A transcrição do provírus é mediada pela RNA polimerase II (RNA Pol II) do hospedeiro e o fator B de elongação transcricional positiva (P-TEFb). 8) Produção de RNAm virais e exportação ao citoplasma via proteína CRM1 do hospedeiro. 9) Os RNAm virais são traduzidos em proteínas virais. 10) O RNA mensageiro vai então para o citoplasma da célula, sendo transformado em grandes cadeias de polipeptídios virais, precursores das proteínas do HIV que está se formando. 11) O processo é completado pela interação com as proteínas do capsídeo viral compondo o nucleocapsídeo e formando novas partículas virais. 12) Ocorre a liberação das novas partículas virais, por brotamento. 13) Finalmente se dá a maturação dessas partículas virais para formar partículas infecciosas.

2.3-Aspectos clínicos

As manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV abrangem um grande espectro de sinais e sintomas, com diversas fases, que dependem da resposta imunológica individual e da intensidade de replicação viral. Frequentemente ocorre um quadro agudo de infecção nas primeiras semanas, seguido de uma fase assintomática, que pode durar anos, antes de surgir a aids. No caso de indivíduos não tratados, o tempo médio entre o contágio pelo HIV e o aparecimento da aids situa-se em torno de dez anos. A infecção pelo HIV pode ser classificada em três fases (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV (tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença). Esse período varia de três a seis semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebida.

A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas isso não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de **assintomático**. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4+ (glóbulos brancos do sistema imunológico) que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm^3 de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns nessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a aids.

Figura 3- Evolução do HIV no organismo



Fonte: Matte, 2012.

2.4-Diagnóstico e Exames de Acompanhamento da Infecção

Considera-se caso de infecção pelo HIV aquele que apresenta resultados positivos em dois testes, com metodologias diferentes, de qualquer uma das quatro combinações descritas. Em quaisquer das combinações de testes, quando a primeira amostra é negativa, a pessoa é considerada não infectada e não há necessidade de testes adicionais. Os testes rápidos de terceira geração, amplamente disponíveis no Sistema único de Saúde possuem janela imunológica de 30 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Segue abaixo o quadro de testes rápidos, ELISA de terceira e quarta geração.

Quadro de Testes de diagnóstico da infecção.

Primeiro Teste ELISA[a] quarta geração (+)	**Segundo Teste** Carga viral HIV (PCR[b]) (+)	**Diagnóstico** Infecção pelo HIV
ELISA terceira geração (+)	Carga viral HIV (PCR) (+)	Infecção pelo HIV
ELISA terceira geração (+)	Western Blot HIV (+)	Infecção pelo HIV
TR[c] 1(+) + TR[c] 2 (+)	Carga viral (PCR) (+)	Infecção pelo HIV

Fonte: adaptado do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, 2018.25
Notas: a) ELISA: *enzyme-linked immunossorbent assay*; b) PCR: *polymerase chain reaction*; c) TR: testes rápidos 1 e 2 de fabricantes diferentes.

O aumento da carga viral como consequência de abandono, falha terapêutica, ou resistência ao tratamento tem como principais desfechos a maior transmissibilidade do HIV, o aumento de cepas resistentes e a danificação quantitativa e qualitativa do funcionamento das células CD4, provocando supressão do sistema imunológico de tal forma que esse estado clínico e laboratorial tem grande impacto nas políticas públicas de atenção às PVHIV, representando ameaças aos planos terapêuticos individuais e coletivos.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2019) disponibiliza, por meio da rede pública de saúde, exames de contagem de LTCD4^{+} e Quantificação da Carga viral do HIV para as PVHIV. A fim de facilitar o controle dos processos de cadastramento de pacientes e armazenagem do histórico dos exames realizados foi desenvolvido o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) (BRASIL, 2022).

A contagem de linfócitos T-CD4+ no sangue é utilizada para analisar a condição imunológica do paciente. O exame de CD4, sobretudo aquele solicitado logo após o estabelecimento do diagnóstico de infecção pelo HIV, tem importante papel para avaliar a urgência de início da terapia antirretroviral, além de ser preditor da síndrome de reconstituição imune. Além disso, o CD4 é necessário para avaliar a indicação de profilaxias para as infecções oportunistas e imunizações (BRASIL, 2015).

A quantificação do HIV na corrente sanguínea, ou carga viral (CV), é utilizada para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce da falha virológica. Em pacientes estáveis, em TARV e com CV indetectável, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a detecção precoce de falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de cargas virais detectáveis (BRASIL, 2015b).

As células CD4 e a carga viral possuem relação inversamente proporcional, uma vez que o aumento do número de cópias do vírus no organismo implica na danificação das células CD4, provocando redução do seu quantitativo. A imunossupressão causada por essa relação facilita o desenvolvimento de infecções oportunistas, visto que não haverá células suficientes para atuar na defesa contra o agente etiológico (GONÇALVES, 2017).

Alguns fatores podem determinar elevação da CV, sem representar falha virológica, devendo ser considerados no seu diagnóstico diferencial:

- Baixa adesão ao tratamento: É a principal causa de falha virológica. É fundamental pedir que o paciente descreva detalhadamente como está tomando as medicações, avaliar adesão, interações farmacológicas, efeitos adversos, dificuldades no acesso e crenças sobre a TARV.
- "Blips": viremia transitória e isolada entre medidas de CV indetectável, abaixo de 200 cópias/mL. Não é uma viremia sustentada, a CV deve estar indetectável na coleta de confirmação após 4 semanas.
- Transativação heteróloga: processos infecciosos ou vacinação que podem promover viremia transitória (com resolução em aproximadamente 4 semanas).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018) se comprovada falha virológica (CV detectável coletada após 4 semanas da primeira CV detectável) depois de avaliada adesão, a pessoa deverá ser encaminhada para atendimento no SAE com celeridade, com indicação de realização de genotipagem e readequação da TARV com mais chances de supressão viral.

2.5-Infecções Oportunistas

As infecções oportunistas são infecções que se desenvolvem no organismo do hospedeiro quando o sistema imunológico se encontra rebaixado e sua função de defesa é afetada, sendo um momento oportuno para a evolução de infecções. Podemos citar algumas: Toxoplasmose cerebral; Histoplasma; Meningite Criptocócica; Pneumocistose; Candidíase esofágica e orofaríngea; doença citomegálica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Visando o cuidado da PVHIV no contexto de ser portadora de um vírus que pode desencadear consequências para sua saúde, é possível perceber que a PVHIV necessita de um cuidado que alcance sua integralidade. Para tanto, a consulta de enfermagem se apresenta como meio de alcançar esse propósito.

2.6-Consulta de Enfermagem com PVHIV

A consulta de Enfermagem (CE) é uma tecnologia leve-dura que trabalha promovendo a melhora do autocuidado na proporção em que viabiliza ao usuário expandir capacidades próprias para aprimorar a sua qualidade de vida. É uma ferramenta em que o profissional enfermeiro dispõe absoluta autonomia para elaborar metodologias de cuidado integral para a promoção da saúde do usuário, da família ou da população. Constata-se a pluralidade da atuação do enfermeiro nas consultas, sempre confirmando a sua função principal como educador em saúde (Abreu, 2017).

A implementação da Consulta de Enfermagem é essencial, pois através dessa ferramenta é possível identificar as necessidades particulares e singularidades dos usuários. O enfermeiro realiza estratégias de promoções educativas inseridas por meio da atuação das suas consultas (FERREIRA, 2018).

Entretanto, a legalização da consulta de enfermagem e o seu estabelecimento como atividade privativa do enfermeiro somente ocorreu em 1986, por meio da Lei n.º 7.498/86, art.11, inciso I, alínea i, que regulamentou o seu exercício (Resolução nº159/1993-Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017).

Ainda, de acordo com a Resolução, a consulta de enfermagem pode e deve ser realizada em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, durante a assistência de enfermagem. É importante destacar que ela é fundamentada pelos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde.

Posteriormente, através da Resolução n.º 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem foi regulamentada, no sentido de organizar o trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (Resolução nº358/2009). A consulta de enfermagem, ao subsidiar condições para uma atuação direta e independente com o paciente, surge como importante instrumento que poderá contribuir para a potencialização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Segundo a Resolução n.º 358/2009 ao ser realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, o Processo de Enfermagem corresponde ao, usualmente, denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. O Processo de Enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento

das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. O enfermeiro dispõe da consulta de enfermagem como uma das atividades privativas, com respaldo legal do Conselho Federal de Enfermagem desde 1986, constituída por ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam ao cuidado. A consulta utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde. A aplicação pode ser composta pelas seguintes fases: coleta dos dados, estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, implementação do plano de cuidados e avaliação dos resultados (Resolução nº 159/1993).

Os cuidados de enfermagem e a atenção ao paciente portador de HIV/Aids são fundamentais. Um atendimento com qualidade proporciona uma qualidade de vida ao paciente, e o enfermeiro deve estar na linha de frente para a conscientização e retirada de dúvidas. É importante compreender que o HIV/Aids não afeta somente a parte física, mas também o emocional (SANTOS et al., 2021).

Ao desenvolver minhas atividades no ambulatório percebi o quanto a pessoa que vive com HIV necessita de cuidados. A questão do acolhimento, do vínculo e da retenção no serviço são de fundamental importância para a PVHIV. Nesse sentido, ao desenvolver a consulta de enfermagem verifiquei como esse espaço de interação permite agregar e sanar dúvidas existentes da vida da PVHIV.

O papel da enfermagem está no atendimento humanizado ao paciente e a sua família, realizando o acolhimento, agindo diretamente na qualidade de vida do paciente de forma a gerar maior conforto, como influenciar o alívio da dor. A enfermagem trabalha de maneira simultânea com a equipe multidisciplinar que incluem médicos, psicólogos e terapeutas (ANDRADE et al., 2021).

A realização da consulta de enfermagem é fundamental por contribuir para a melhora na qualidade da assistência prestada, além de possibilitar implicações positivas para o paciente e para a equipe de enfermagem.

2.7- Cascata do Cuidado Contínuo ao HIV

No caso do HIV/Aids, o termo cascata do cuidado contínuo se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, a supressão viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

VINCULAÇÃO Consiste no acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames o mais brevemente possível e desenvolva autonomia para o cuidado contínuo.
RETENÇÃO Consiste no acompanhamento clínico regular e continuado da pessoa que vive com HIV já vinculada ao serviço de saúde, garantindo que ela compareça às consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia, realize também o seguimento do seu tratamento, respeitando a sua autonomia.
ADESÃO Consiste na utilização ideal dos medicamentos ARV da forma mais próxima possível aquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017

2.8-Adesão e tratamento à terapia Antirretroviral

A terapia antirretroviral altamente ativa começou a ser distribuída no Brasil em 1991, sendo sancionada pela Lei nº 9313 de novembro de 1996 que tornou obrigatória a distribuição gratuita dos antirretrovirais pelo sistema público de saúde. A TARV foi introduzida no sistema brasileiro de saúde em novembro de 1996, como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos. A primeira droga aprovada para tratamento da aids foi a zidovudina (AZT, Azidotimidina), em 1987, que possui o potencial de reduzir a multiplicação do vírus no organismo humano. Posteriormente, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) implementou a TARV para tratamento da Aids, baseada num coquetel de medicamentos (BRASIL, 2012).

Durante a década de 90, houve melhora no conhecimento da doença, ampliação dos recursos terapêuticos, aumento da sobrevida e mudança do perfil epidemiológico. Com o avanço das pesquisas farmacológicas e o advento dos antirretrovirais por inibição da protease, na segunda metade da década de 1990, uma nova fase do tratamento antirretroviral começou (GEOCZE et al., 2010). Desde a aprovação do AZT, mais de 25 agentes antirretrovirais em seis classes terapêuticas foram aprovados para

o tratamento de infecção por HIV. O tratamento antirretroviral é responsável pelo declínio dramático no número de mortes pela Aids. A terapia sem interrupção e a disponibilidade de múltiplas drogas eficazes em classes com diferentes resistências, segurança, e perfis de tolerabilidade oferecem opções após falha do tratamento de primeira linha (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

Logo após o diagnóstico de um paciente uma decisão clínica deverá ser tomada para iniciar a TARV que deverá conter pelo menos dois e de preferência três drogas ativas de duas ou mais classes para supressão virológica. A recomendação internacional, também utilizada no Brasil, é que três ARV combinados sejam utilizados, sendo dois medicamentos da classe de inibidores análogos nucleosídeos da transcriptase reversa (INTR), de preferência um com base purínica e outro com base pirimidínica, ou um INTR associado a um inibidor nucleotídico da transcriptase reversa (INtTR), mais um inibidor não análogo nucleosídico da transcriptase reversa (INNTR), ou um inibidor da protease associado ao ritonavir (IP/r) (SANTOS, 2015).

Preconiza-se a TARV combinada, utilizando classes distintas de inibidores na tentativa de burlar o fenômeno da resistência viral. Essa decisão em parte foi facilitada pela melhoria da tolerabilidade e segurança dos medicamentos utilizados nos regimes antirretrovirais. A indicação da terapia é baseada nas necessidades individuais, condições clínicas do paciente, eficácia virológica, potenciais efeitos adversos, quantidade de comprimidos, frequência da administração, potencial de interação fármaco-fármaco, resultados de teste de resistência, comorbidades e custo (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

O seguimento clínico deve adequar-se às condições clínicas da PVHIV e à fase do tratamento. O primeiro retorno após o início ou alteração da TARV deve ocorrer em torno de sete a 15 dias, com avaliação de eventos adversos e problemas relacionados à adesão medicamentosa. A adaptação ao uso da TARV deve ser avaliada individualmente e podem ser necessários retornos mensais até se alcançar maior adesão. A determinação de um exame de carga viral é recomendada entre quatro e oito semanas de tratamento para avaliar eficácia. Sugere-se a periodicidade mínima de consultas médicas de seis em seis meses para casos de quadros clínicos estáveis em uso de TARV. Nesses casos, exames de controle serão realizados semestralmente, ou conforme avaliação e indicação. Nos intervalos entre as consultas médicas, o reforço à adesão deve ser estimulado nos momentos da dispensação dos medicamentos ou da realização de exames (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

2.9-Recomendações da Organização Mundial da Saúde para início rápido da terapia antirretroviral, 2017:

- O início rápido da TARV deve ser oferecido a todas as pessoas que vivem com HIV após um diagnóstico confirmado de HIV e avaliação clínica;
- O início da TARV deve ser oferecido no mesmo dia para pessoas que não tenham contraindicações;
- Início rápido da TARV é definido como o início do tratamento em até sete dias do diagnóstico de HIV.

Considera-se a adesão como o maior determinante da resposta terapêutica. O termo adesão relacionado ao TARV está vinculado a um conjunto de fatores, entre eles, a disponibilidade de acesso ao TARV, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retiradas de medicamentos, tornando-se um processo interativo, dinâmico e contínuo.

Do ponto de vista do paciente, as barreiras individuais mais frequentemente relatadas para a adequada adesão à TARV incluem esquecimento, estar longe de casa, estar ocupado, mudança na rotina diária, sono, depressão, uso indevido de álcool e substâncias ilícitas, falta de privacidade, estigma e sentir-se doente. Considerando o tratamento, as barreiras relatadas são dificuldade de acesso ao serviço de saúde (distância, falta de medicação), toxicidade, número e frequência dos comprimidos/cápsulas. A maioria das barreiras à adesão é passível de intervenção (SHUBBER et al., 2016; WHO, 2017).

Quadro 1- Barreiras Comuns à Adesão ao Tratamento e possíveis intervenções resolutivas

"Barreiras para Adesão: Intervenção"	
- Esquecimento	- Mensagem sms; dispositivos de lembrete (porta pílula, diários, alarme, tabelas e mapas de doses, materiais educativos)
- Viagem	- Caixas Organizadoras de comprimidos
- Distância da clínica	- Descentralização dos serviços; reduzir a frequência das idas à clínica
- Ansiedade e Depressão	-Triagem e apoio à saúde mental
-Uso de álcool / substâncias ilícitas	- Aconselhamento
- Palatabilidade	- Melhorar as fórmulas pediátricas

-Carga de comprimidos (Complexidade do regime terapêutico-diferentes drogas, quantidade de doses)	- Combinações de dose fixa (Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido)
- Estigma	- Grupos de apoio e debates com a comunidade
"Barreiras para Adesão: Intervenção":	
- Privacidade	- Manter o sigilo profissional - paciente
-Fatores Sociodemográficos (escolaridade; renda e raça/cor)	-Educação em Saúde

Fonte: Shubber et al., 2016.

2.10-Abandono de tratamento

Ocorre quando o paciente fica um período maior do que 100 dias sem realizar a retirada dos antirretrovirais na unidade de dispensação de medicamentos (UDM). Considera-se adesão insuficiente ao tratamento a tomada de medicamentos com uma frequência menor de 80% das doses, que é a quantidade necessária para alcançar a supressão viral e sua manutenção. A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Embora o abandono do tratamento ocorra com frequência, é uma temática pouco debatida entre os profissionais de saúde responsáveis por este cuidado. Não há uma sistematização de acolhimento para a prevenção da má adesão e/ou evasão do tratamento. Os autores indicam que a decisão de abandonar, além de se mostrar difícil, também foi tomada de forma solitária, onde o indivíduo não procurou consultar familiares, amigos e até mesmo o médico (RODRIGUES e MAKSUD, 2017).

Tanto nos casos de abandono como nos casos de má adesão, a conduta recomendada é restabelecer o mesmo esquema anterior que o paciente fazia uso (em caso de abandono) ou o tratamento atual (no caso de má adesão), mesmo que este não seja o esquema de primeira linha atualmente. Uma nova carga viral deverá ser solicitada após 8 semanas de tratamento regular com boa adesão.

Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018) a troca de TARV será indicada em casos de falha virológica comprovada por dois exames de carga viral, efeitos adversos graves ou intoleráveis, comorbidades que contra indiquem o esquema utilizado, uso de medicações ou outra situação que contraindique o esquema em uso. Quando houver indicação de troca de esquema ou a TARV utilizada não for o esquema de primeira linha, o paciente deverá ser encaminhado ao Serviço de Atenção Especializada (SAE).

Especialmente em casos de abandono por tempo mais prolongado ou na presença de sintomas, verificar a necessidade de novos exames, principalmente CD4, e a indicação de profilaxia para infecções oportunistas. Contudo, a solicitação dos exames não deve atrasar o reinício da medicação.

É fundamental orientar sobre a importância da aderência ao tratamento e avaliar o perfil de vulnerabilidade e as razões que motivaram o abandono. A falha de adesão geralmente depende de múltiplos fatores, entre eles: efeitos adversos das medicações, dificuldade de aceitação e compreensão da doença e de sua evolução sem tratamento, polifarmácia, uso de drogas e álcool e transtornos psiquiátricos associados. Para auxiliar na adesão, é de extrema importância a compreensão por parte da equipe das razões envolvidas na má adesão ao tratamento e a abordagem de acordo com o caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A falta de compreensão, tato e busca ativa são fatores que, após o abandono do tratamento, dificultam o retorno desses pacientes aos serviços públicos de saúde. Pacientes que retornaram ao ambulatório onde já faziam acompanhamento, geralmente por motivos de doença e piora do quadro, apresentaram alguma tensão por esperarem que seriam recebidos com rispidez devido à ausência. De acordo com estudos, alguns profissionais confirmam essa maneira mais dura de lidar com pacientes que abandonaram o tratamento, principalmente por muitas vezes se tratar de uma emergência nesse momento de retorno, onde o profissional não tem um serviço especializado para referenciar àquele indivíduo e necessita lidar com a situação no próprio consultório, gerando situações desnecessárias de estresse (RODRIGUES e MAKSUD, 2017).

2.11-Falha Terapêutica

A falha virológica é definida por carga viral do HIV (CV-HIV) detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento, ou rebote da carga viral em indivíduos que haviam atingido supressão viral sob tratamento.

A resistência virológica aos antirretrovirais (ARV) seja adquirida ou primária, é detectada por meio de testes laboratoriais capazes de identificar as mutações com base no material genético viral. O teste mais utilizado é a genotipagem do HIV, que identifica as mutações de acordo com as classes de ARV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O exame de genotipagem do HIV é uma forma direta e rápida de identificar o padrão genético das mutações virais que podem conferir resistência biológica a um ou mais medicamentos das diferentes classes terapêuticas.

A abordagem inicial da falha virológica inclui avaliar adesão ao tratamento, eventos adversos, interações medicamentosas, adequação do esquema em uso e a existência de resistência viral. A avaliação da resistência viral se inicia com a revisão do histórico completo antirretroviral (incluindo interrupções, abandono e toxicidades prévias) e de resultados de exames de carga viral desde a primeira prescrição antirretroviral. Além disso, o teste de genotipagem deve ser realizado assim que a falha virológica for detectada, desde que o paciente não esteja em abandono de tratamento, e a carga viral superior a 500 cópias/ml, tendo decorrido pelo menos 6 meses de uso de ARV. A composição do esquema para os casos de primeira falha deve ser idealmente guiada por teste de genotipagem, mas a troca para um esquema de resgate eficaz não deve ser postergada.

No que se diz respeito ao TARV, na última década, houve um aumento progressivo nas taxas de respostas terapêuticas com os antirretrovirais modernos ao menos 80% dos pacientes obtiveram uma carga viral inferior a 50 cópias/mL após um ano (MS, 2018). O principal parâmetro que caracteriza a falha da TARV é a falha virológica, isto é, carga viral de HIV detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento, ou rebote da carga viral de HIV em indivíduos que haviam atingido supressão viral sob tratamento.

A principal causa de falha da TARV é a má adesão do paciente ao tratamento. Fatores psicossociais, como depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso e comorbidades, além de fatores relacionados aos medicamentos, como efeitos adversos e posologia complexa, contribuem para a má adesão. A resistência viral adquirida, consequência imediata da má adesão, passa a ser causa da falha virológica. De fato, mutações de resistência ao TARV são detectadas em até 90% dos casos de

falha virológica (MS, 2018). A transmissão de vírus resistentes (resistência transmitida) é a causa menos comum de falha virológica (HERNANDEZ et al., 2017), entretanto, na última década, um aumento progressivo da taxa de resistência transmitida aos Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRNN) tem sido documentado. Os INI como base do esquema de tratamento inicial contornam a questão da resistência transmitida, já que a transmissão de vírus com mutações de resistência no gene da integrase continua a ser rara (HERNANDEZ et al., 2017).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT 2018), a Genotipagem do HIV é indicada nas seguintes situações, com seus respectivos critérios:

- Falha virológica confirmada em dois exames consecutivos de carga viral de HIV, com intervalo de quatro semanas entre eles;
  - Carga viral de HIV superior a 500 cópias/mL;
  - Uso regular de TARV por pelo menos seis meses.

PVHIV que ainda não iniciaram tratamento (genotipagem pré-tratamento):

●Pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV (atual ou pregresso) - O critério para a realização do exame é a carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL;

●Gestantes infectadas pelo HIV - O critério para a realização do exame é a carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL;

●Crianças infectadas pelo HIV - O critério para a realização do exame é a carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL;

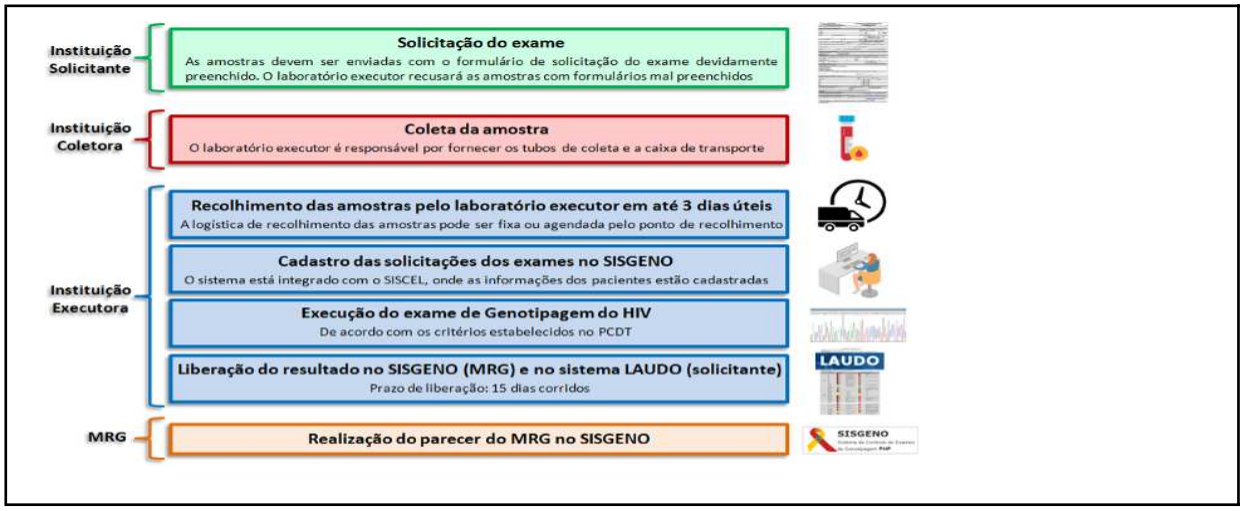
●Pacientes com diagnóstico de coinfecção tuberculose e HIV.

2.12- Resgate Terapêutico

Após a primeira falha virológica à terapia antirretroviral baseada em ITRNN. Com o aumento da expectativa de vida das PVHIV e o aperfeiçoamento no monitoramento e detecção de falha virológica em cenários de recursos limitados, um número cada vez maior de indivíduos tem precisado mudar para esquema ARV de resgate. A FV à primeira linha da terapia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 2 ITRN(t)+ITRNN, tem ocorrido em cerca de 20% dos indivíduos em tratamento (WHO,

2017). A escolha adequada do esquema de resgate tem relevância clínica e repercussão na saúde pública, já que impacta na morbidade, mortalidade e transmissibilidade. A OMS orienta que o esquema ARV resgate seja composto por dois ITRN (t)s combinados com inibidor de protease/ritonavir, quando o esquema na primeira FV for dois IRTN(t)s combinado com ITRNN (WHO, 2017).

Figura 4: Fluxo do Exame de Genotipagem do HIV



3 -METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa com abordagem quantitativa interligada à uma pesquisa institucional intitulada: “Inovação de processo e sustentabilidade em um ambulatório de HIV/Aids, Rio de Janeiro”. Segundo Triviños (2010) esse projeto será classificado como exploratório por se tratar de um estudo onde o pesquisador pretende encontrar elementos necessários que permitam um contato com determinada população, podendo assim obter os resultados que deseja.

3.2 CONTEXTO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro, a coleta de dados foi realizada no período de 24/05/2022 à 15/06/223.

A clientela do ambulatório é constituída por pessoas residentes no município do Rio de Janeiro e nos demais municípios situados circunvizinhos aos limites do município.Esses pacientes apresentam resultado reagente para o HIV e realizam tratamento contínuo no ambulatório a cada seis meses.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram as PVHIV, atendidos no ambulatório, que concordaram em participar do estudo. Foram entrevistados todos os pacientes que compareceram às consultas, que aceitaram participar da pesquisa. A população total desse estudo contabilizou 279 usuários de um total de 2041 usuários cadastrados.

A pesquisadora realizava as consultas de acordo com o agendamento semanal. É importante destacar que todos os participantes concordaram com a participação da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL) - Apêndice I. Destaca-se que o presente estudo possui compromisso ético, obedecendo as diretrizes éticas específicas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 FÓRMULA PARA DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA

Fórmula para determinação do tamanho da amostra (**n**) com base na estimativa da média populacional.

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N-1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

$(Z_{\alpha/2})^2$ =95% valor crítico-1,96
P=0,7
Q=0,3
N=2041
Erro amostral=0,05

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na primeira etapa para a determinação da situação de saúde, obtém-se dados através da entrevista, da observação e do exame físico. Ao coletar informações de saúde da pessoa, família ou grupo, as informações devem ser corretas, completas e organizadas (CARVALHO, 2021).

No intuito de contemplar os objetivos propostos neste estudo e atingir uma maior compreensão do objeto traçado, foi utilizado como roteiro de pesquisa/instrumento (apêndice II) o histórico elaborado para utilização na consulta de enfermagem.

O instrumento apresenta seis itens, sendo eles: dados clínicos (comorbidades: HAS, DM e outras); meios de transmissão (vertical, sexual, ocupacional); sinais e sintomas de HIV/tuberculose; necessidades psicobiológicas (insônia, atividade física, sexualidade, tabagismo ou alcoolismo, e uso de drogas ilícitas e adesão medicamentosa); necessidades psicossociais (convivência com a doença, dificuldade, sentimento e apoio familiares); e necessidade psicoespirituais (participa de algum grupo religioso e influência da religião com o tratamento) conforme apêndice I. As perguntas do estudo foram inseridas no formulário *google forms*.

3.6 COLETA DE DADOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, onde a coleta de dados foi realizada com as PVHIV que são atendidas no Ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário, localizado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão foram adultos e usuários matriculados no hospital. Os critérios de exclusão foram gestantes e crianças.

Os usuários foram abordados na recepção do ambulatório enquanto aguardavam a consulta médica sobre a possibilidade de participarem da pesquisa e foram entrevistados em consultório. Como estudo piloto inicialmente foi realizada a pesquisa com 12 usuários, sendo que teve algumas modificações no questionário. Foi retirada os esquemas de medicamentos antirretrovirais; acrescentado sobre último exame CD4 e nas nessecidades psicoespirituais foi acrescentado a divisão em grupos de apoio: religioso, social e psicoterapêutico.

As perguntas foram realizadas no dia da entrevista através do preenchimento do questionário no *google forms*. A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2022 à junho de 2023.

Para a aplicação do histórico, os usuários foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre a instituição responsável e sobre o caráter voluntário e sigiloso da participação de cada um. Procedeu-se, então, a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). O cenário foi o ambulatório de imunologia. Os participantes foram os usuários matriculados no ambulatório com uma amosta de 279.

Foi realizada uma análise com o programa R 4.3.1 e a realização da descrição dos dados encontrados no formulário do google forms. Em relação a análise com o programa R 4.3.1, foi realizada uma análise quantitativa utilizando a tabela de contingência de multientrada para poder correlacionar mais de duas informações, utilizando os dados obtidos através do formulário do *google*, depressão, grupo de apoio e qual grupo de apoio. Foram correlacionados também os dados de carga viral e CD4, utilizando para essa tabela de contingência de duas entradas. Sendo a tabela de contingência a tabela que calcula observações por múltiplas variáveis categóricas. Segundo Knechtel (2014), a pesquisa quantitativa é uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema humano ou social, é baseada no teste de uma teoria é composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo, em observância às diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo uma continuidade da pesquisa institucional contendo o título “Inovação de processo e sustentabilidade em um ambulatório de HIV/Aids, Rio de Janeiro” foi aprovada em 25 de junho de 2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, pelo parecer nº 3.410.319. Sendo assim, atendeu o parecer citado através do consentimento da instituição e dos sujeitos por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando-lhes o direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo, garantindo o sigilo e o anonimato. A pesquisa atendeu todos os aspectos éticos da resolução 466/2012.

4- PRODUÇÃO TECNOLÓGICA

Como produção tecnológica foi criado um roteiro/histórico de enfermagem no Ambulatório de Imunologia. O mesmo foi implementado e teve como objetivo orientar as pessoas que vivem com HIV/Aids sobre a importância de seguir o tratamento para uma adequada qualidade de vida.

5- FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida pela pela pesquisadora, sem fins lucrativos.

6 - RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados do estudo após entrevistas. Foram realizadas 279 entrevistas com os pacientes atendidos no ambulatório de Imunologia através de um roteiro de histórico de enfermagem respondido no *google forms*. No serviço são cerca de 2041 pacientes cadastrados no hospital.

6.1- Descrição das Características Socioeconômicas:

A tabela 1 apresenta uma descrição dos dados socioeconômicos encontrados na pesquisa:

TABELA 1: Características Socioeconômicas

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS		Frequência	Percentual
1. **Sexo**	Masculino	158	56,7
	Feminino	121	43,3
2. **Identidade de Gênero**	Cisgênero	273	99,3
	Transgênero	2	0,7
3. **Raça/ Cor**	Branco	79	28,3
	Pardo	124	44,4
	Preto	75	26,9
	Indígena	1	0,4
4. **Estado Civil**	Solteiro	181	67,3
	Casado	50	18,6
	Viúvo	19	7,1
	Divorciado	19	7,1
5**. Escolaridade**	Ensino Fundamental Completo	34	12,2
	Ensino Fundamental Incompleto	40	14,4
	Ensino Médio Incompleto	32	11,5
	Ensino Superior Completo	41	14,7
	Pós-graduação	2,9	8
6. **Orientação Sexual**	Homossexual	28,9	79
	Heterossexual	175	64,1
	Bissexual	18	6,6

Conforme apresentado, a amostra de usuários mais expressiva foi de homens (56,7%, n = 158).

Já em relação ao gênero a maioria se autodeclarou cisgênero (99,3%, n=273) e (0,7%, n=2) transgênero.

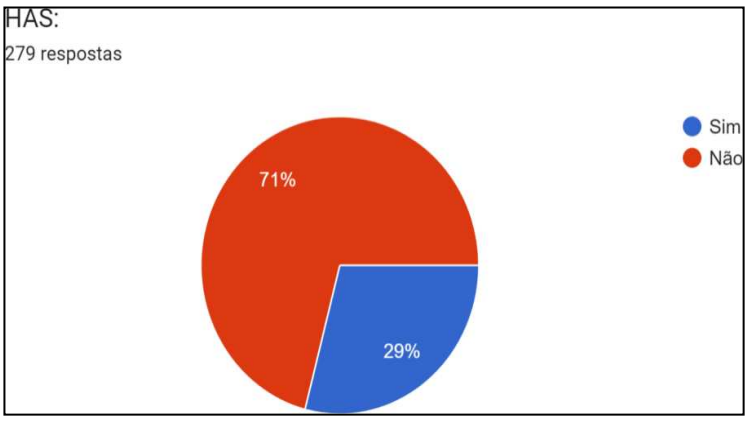
Segundo Toneli (2023) define-se cisgeneridade como a categoria que se refere à

pessoa que se identifica com o gênero atribuído no nascimento, isto é, categoria que determina a qualidade de ser cisgênero coincidindo com o sexo designado no nascimento.

Em relação à raça/cor dos entrevistados: 79 pessoas se autodeclararam brancas (28,3%), 124 pessoas pardas (44,4%), 75 pessoas (26%) pretas e 1 indígena (0,4%). Nota-se uma correlação com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas. No que se diz respeito a orientação sexual, a maior parte era heterossexual (175%, n = 64,1), seguido por um percentual de 28,9% que se autodeclarou homossexual (n = 79).

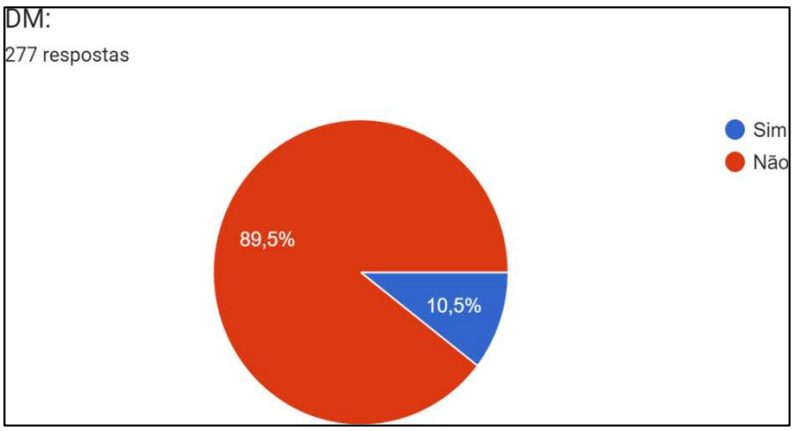
Em relação ao estado civil dos entrevistados, 67,3% alegaram estar solteiros (n = 181) e 18,6% casados (n = 50), sendo essas relações: Já no que se diz respeito ao perfil de escolaridade desses indivíduos, notou-se que: há uma prevalência de entrevistados com nível superior completo (14,7%, n= 41), no qual 2,9% (n = 8) possuem pós-graduação lato sensu;14,7,5% dos entrevistados concluíram o ensino médio. Nenhum entrevistado se declarou como não alfabetizado.

Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados com doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão).



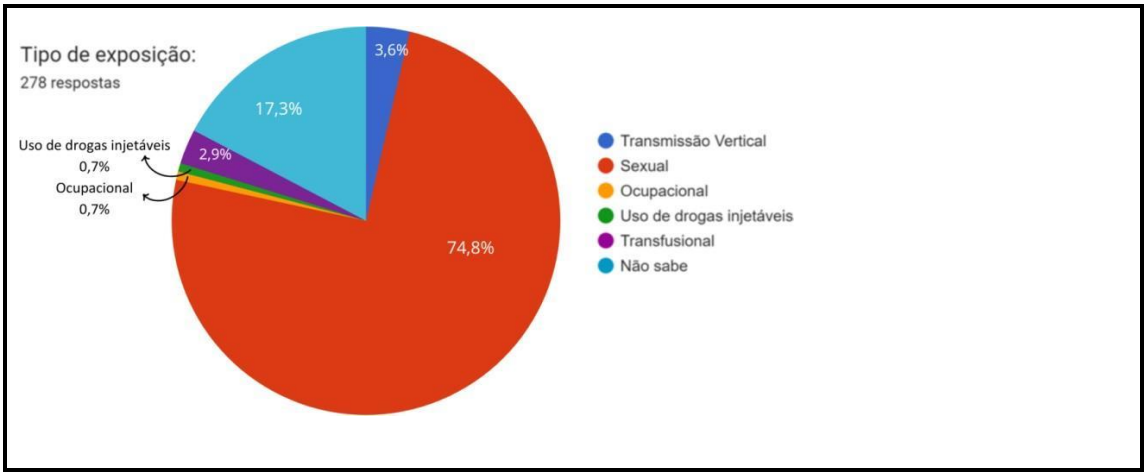
O estudo permitiu verificar que 29% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial e 71% não apresentaram comorbidade.

Gráfico 2 - Distribuição dos entrevistados com doenças crônicas não transmissíveis (diabetes).



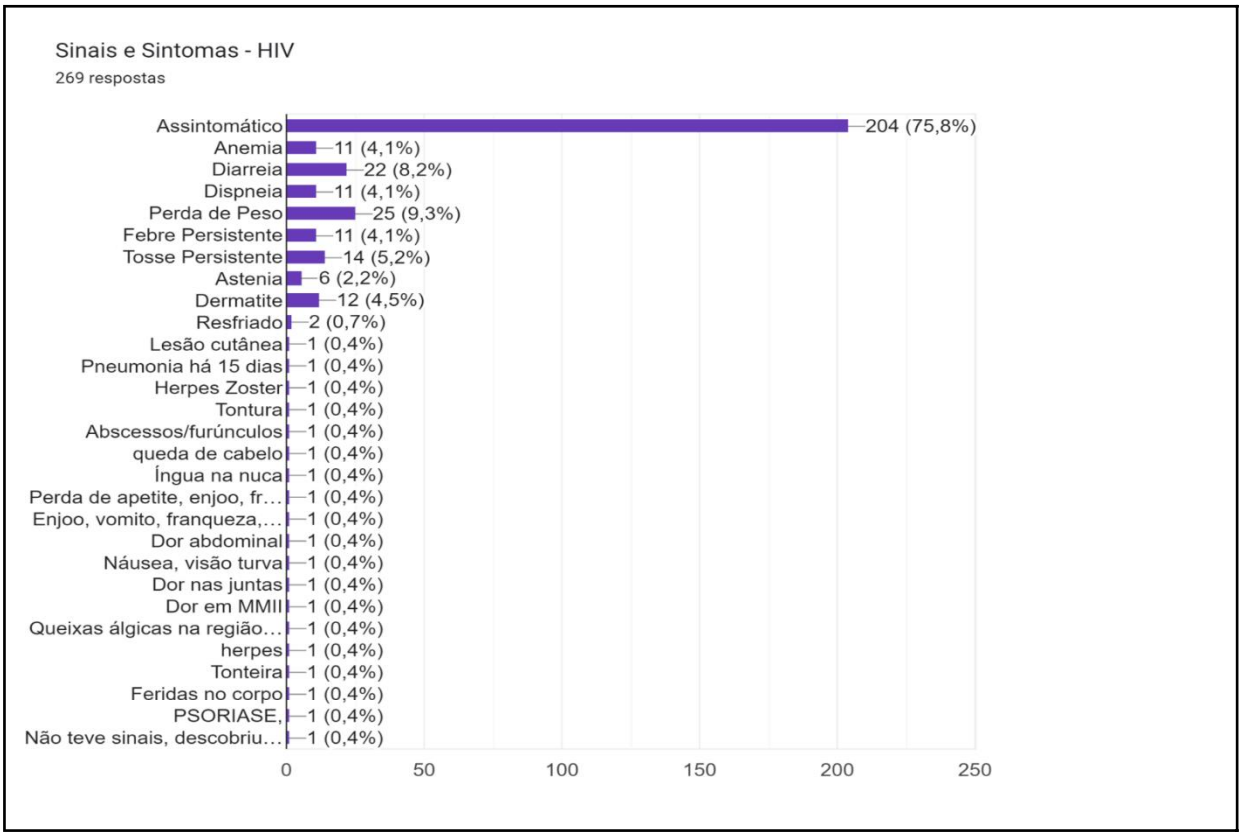
Dos entrevistados 10,5% apresentaram diabetes e 89,5% não apresentaram a comorbidade.

Gráfico 3- Distribuição dos entrevistados por tipo de exposição



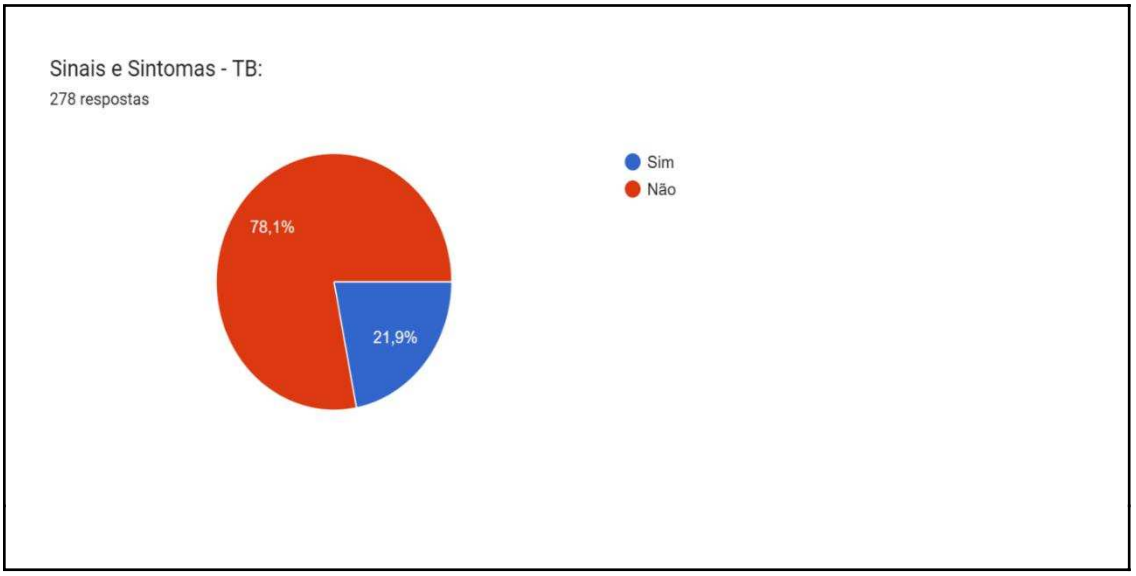
Ao coletar os dados foi possível verificar que a maioria dos entrevistados informou que o tipo de exposição foi transmissão sexual (74,8%) e a minoria relatou exposção por uso de drogas injetáveis (0,7%) e ocupacionais (0,7%).

Gráfico 4 -Distribuição dos entrevistados que apresentaram sinais e sintomas



O sinal e sintomas mais prevalentes foi a 9,3% perda de peso. Sendo que 75,8% são assintomáticos.

Gráfico 5 -Distribuição dos entrevistados que apresentaram tuberculose



De acordo com o estudo 78,1% não apresentaram sinais e sintomas de tuberculose. Dos que tiveram tuberculose, 89,6% concluíram o tratamento

Gráfico 6 -Distribuição dos entrevistados que concluíram o tratamento de tuberculose

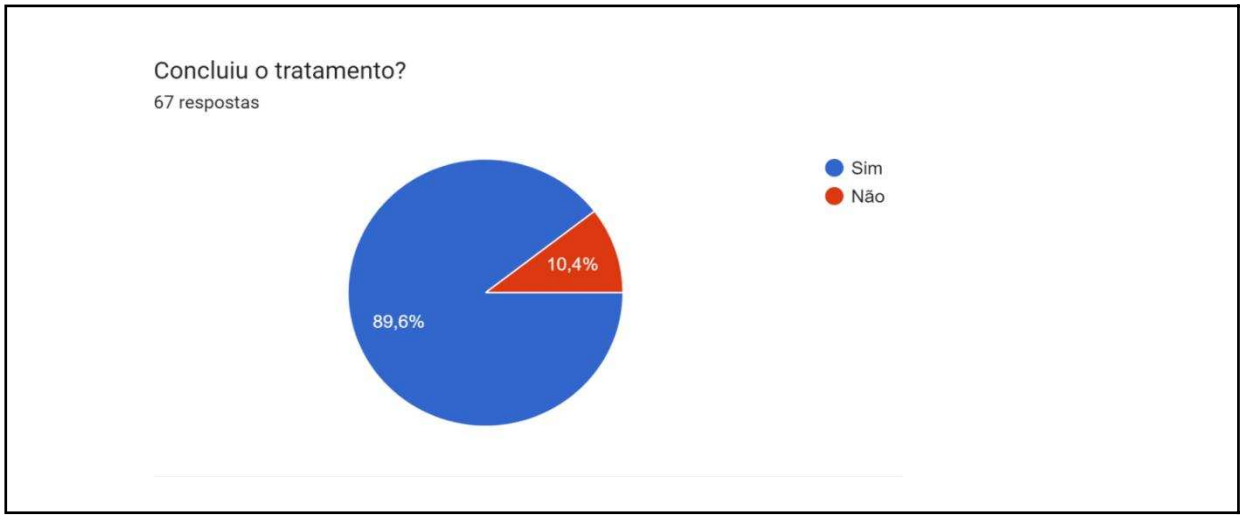
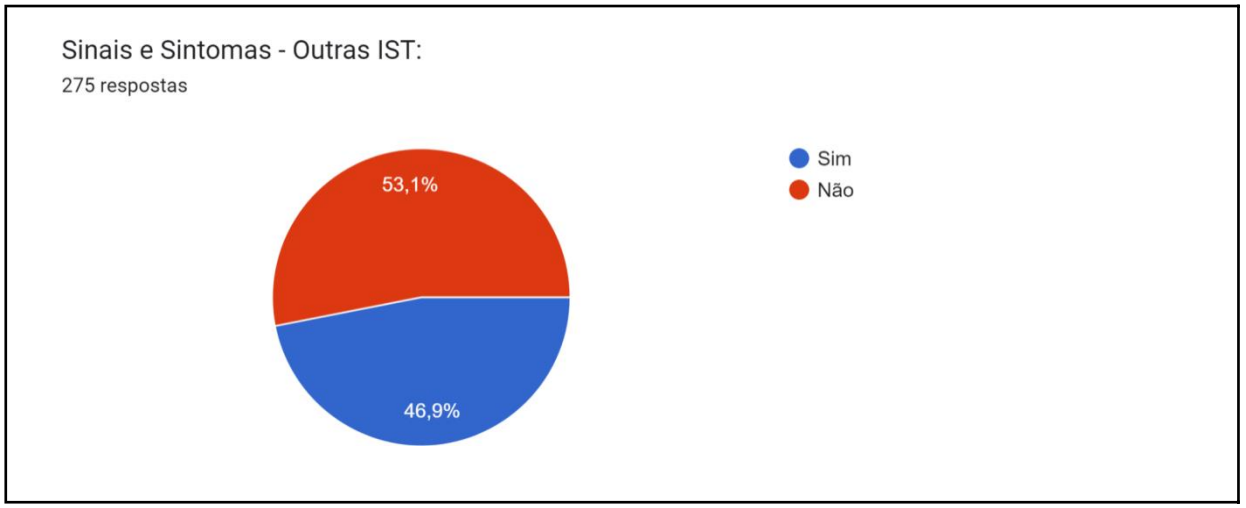


Gráfico 7 -Distribuição dos entrevistados com outras ISTs



De acordo com os dados coletados 53,1% apresentaram outras ISTs. Sendo que 89,7% concluíram o tratamento

Gráfico 8-Distribuição dos entrevistados que concluíram o tratamento de ISTs

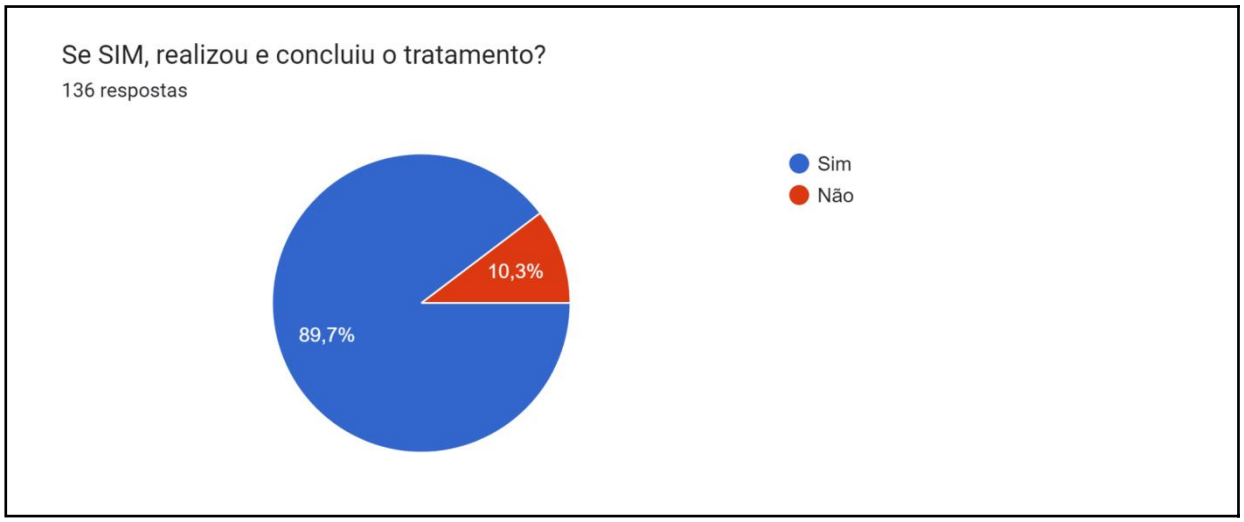
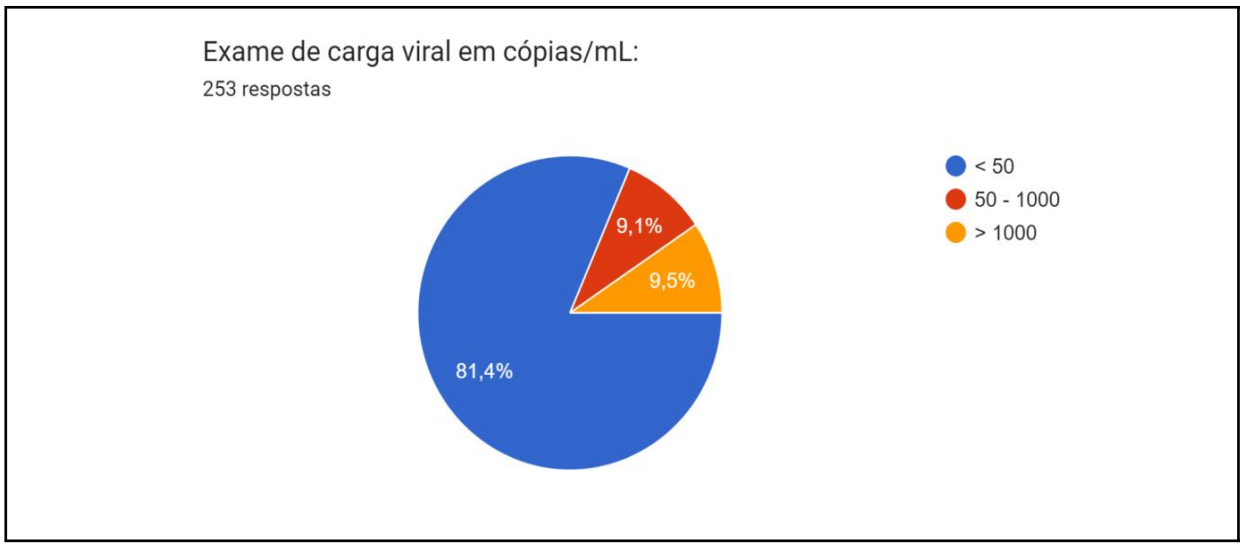
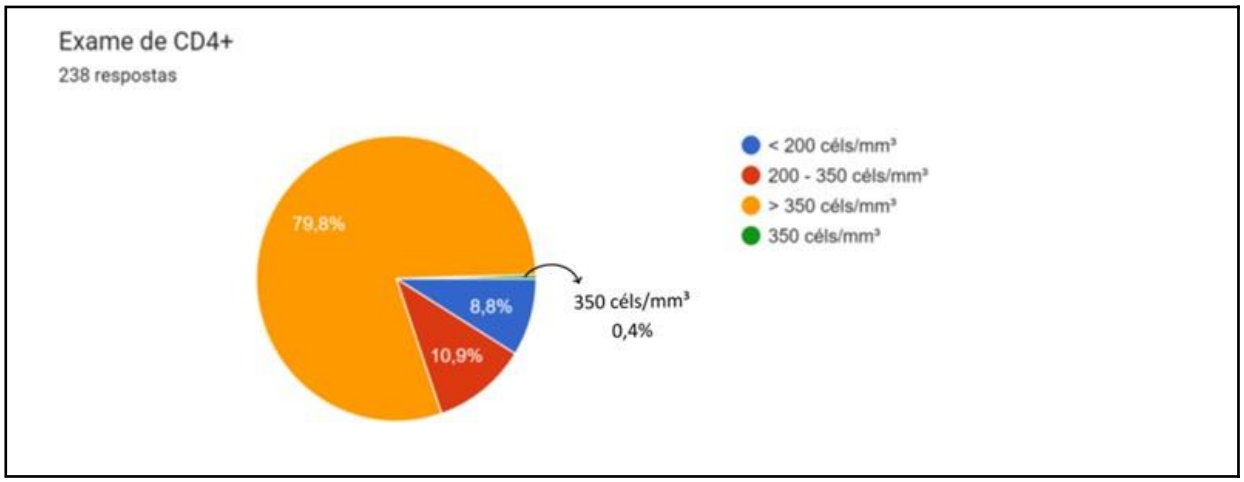


Gráfico 9-Distribuição dos entrevistados e valores de carga viral



Com relação ao exame de carga viral em cópias/ml 81,4% apresentaram < 50 cópias/ml. Resultado importante visto que os níveis baixos de carga viral significam não replicação viral. Já 9,5% apresentaram resultados superiores à 1000 cópias/ml.

Gráfico 10 -Distribuição dos entrevistados e valores de CD4



Considerando os exames de CD4+ 79,8% dos entrevistados apresentaram um número maior que 350 céls/mm^3. Sendo relevante visto que a imunidade dos pacientes representa fator de proteção para o não desenvolvimento de infecções oportunistas.

Gráfico 11 -Distribuição dos entrevistados quanto às Imunizações

Imunizações			
Esquemas	Esquema Completo	Esquema Incompleto	Não realizou
Tríplice Viral	**230**	**7**	**28**
Varicela	**217**	**4**	**43**
Febre Amarela	**161**	**8**	**94**
DT	**228**	**11**	**25**
Haemophilus Influenzae tipo B	**114**	**6**	**136**
Hepatite A	**102**	**5**	**153**
Hepatite B	**208**	**10**	**47**
Pneumo 23	**99**	**6**	**154**
Influenza	**223**	**9**	**43**
HPV	**23**	**2**	**165**
Covid 19	**242**	**28**	**7**
Meningocócica C	**44**	**3**	**129**

Adultos e adolescentes vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente.

Segundo os dados apresentados, verificou-se que muitos pacientes não realizaram as seguintes vacinas: HPV; pneumo 23, meningocócica C, haemophilus Influenzae tipo B e hepatite A. Sendo essas vacinas de relevância para as PVHIV, ao longo da consulta de enfermagem foi reforçado a importância de estar realizando a atualização do esquema vacinal.

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ abaixo de 200 células/mm3), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de TARV, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais (PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2023).

CONTAGEM DE LT-CD4+ (PERCENTUAL) *	RECOMENDAÇÃO PARA USO DE VACINAS COM AGENTES VIVOS ATENUADOS
Maior ou igual a 350 células/mm^3	Indicar o uso
200 a 350 células/mm^3 (15%-19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
Abaixo de 200 células/mm^3 (<15%)	Não vacinar

Fonte: DATHI/SVSA/MS.

Dentre as necessidades psicobiológicas foram destacadas no instrumento de coleta de dados: apetite alterado; alteração intestinal; alteração urinária; prática de atividade física; parceiro fixo, além da realização de preservativos na prática do sexo seguro. O tabagismo, consumo de álcool e o uso de drogas ilícitas também foram relatados no estudo.

TABELA 2: Necessidades psicobiológicas

CARACTERÍSTICAS PSICOBIOLÓGICAS		Frequência	Percentual
1. **Apetite Alterado**	Sim	90	32,4
	Não	189	67,6
2. **Alteração Intestinal**	Sim	228	81,7
	Não	51	18,3
3. **Alteração Urinária**	Sim	250	89,5
	Não	29	10,5
4. **Insônia**	Sim	114	40,7

	Não	165	59,3
5. **Atividade Física**	Uma a três vezes por semana	38	13,7
	Três a seis vezes poe semana	83	29,6
	Não praticam atividade física	158	56,7
6. **Parceiro fixo**	Sim	123	44,1
	Não	156	55,9
7. **Sexo Seguro**	Sim	203	72,8
	Não	56	20
	Às vezes	20	7,2
8. **Tabagistas**	Sim	220	79
	Não	59	21
9. **Álcool**	Socialmente	143	51,4
	Diariamente	3,9	1,4
	Nenhum	131	47,1
10. **Drogas Ilícitas**	Sim	23	8,2
	Não	256	91,8

Na tabela 2 foram descrtitas as necessidades psicobiológicas. É possível perceber que 32,4%(90) dos entrevistados apresentaram apetite alterado, 81,7 %(228) alteração intestinal e 89,5% (250) apresentaram alteração urinária. Com insônia 59,3%(165) e 56,7%(158) não realizam atividades físicas.

De acordo com o estudo 44,1% (123) tem parceiro fixo e 72,8% (203) realizam o sexo seguro.

Com relação ao consumo de drogas 91,8% (256) consomem drogas ilícitas.Já no consumo de álcool 143 (51,4%) consomem álcool socialmente e 8,2%(23) fumam.

TABELA 3: Necessidades psicossociais

CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS		Frequência	Percentual
1. **Pacientes que falaram sobre o HIV**	Sim	48	17,3
	Não	231	82,7
2. **Pacientes que falaram sobre o HIV no ambiente de trabalho**	Sim	218	78
	Não	61	22
3. **Ansiedade e Depressão**	Sim	172	61,6
	Não	107	38,4
4. **Pacientes que buscaram tratamento**	Sim	139,5	50
	Não	139,5	50

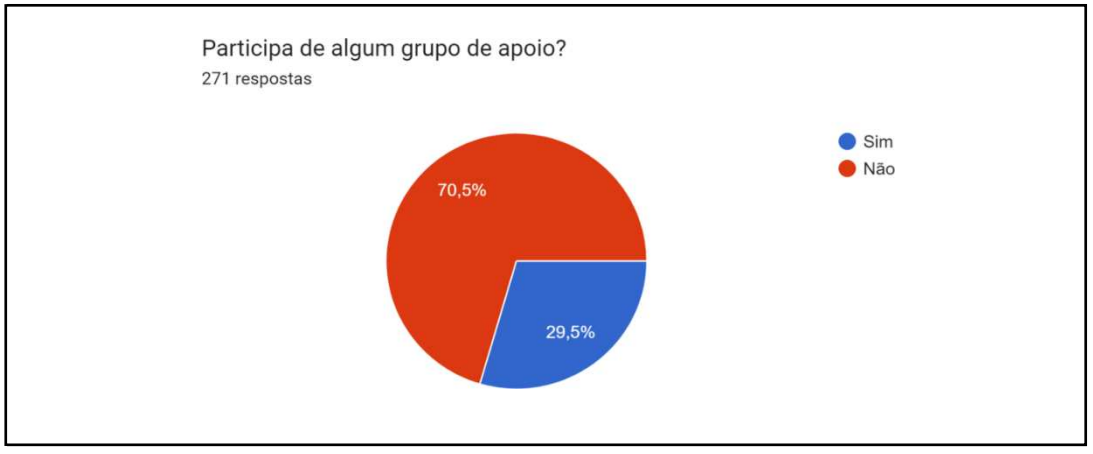
Na tabela 3 foram descrtitas as necessidades psicossociais. É possível perceber que 17,3%(48) dos entrevistados falaram sobre o hiv, 78 %(218) falaram sobre o hiv no ambiente de trabalho alteração intestinal e 89,5% (250) apresentaram alteração urinária. Com insônia 59,3%(165) e 56,7%(158) não realizam atividades físicas.

De acordo com o estudo 44,1% (123) tem parceiro fixo e 72,8% (203) realizam o sexo seguro.

Com relação ao consumo de drogas 91,8% (256) consomem drogas ilícitas.Já no consumo de álcool 143 (51,4%) consomem álcool socialmente e 8,2%(23) fumam.

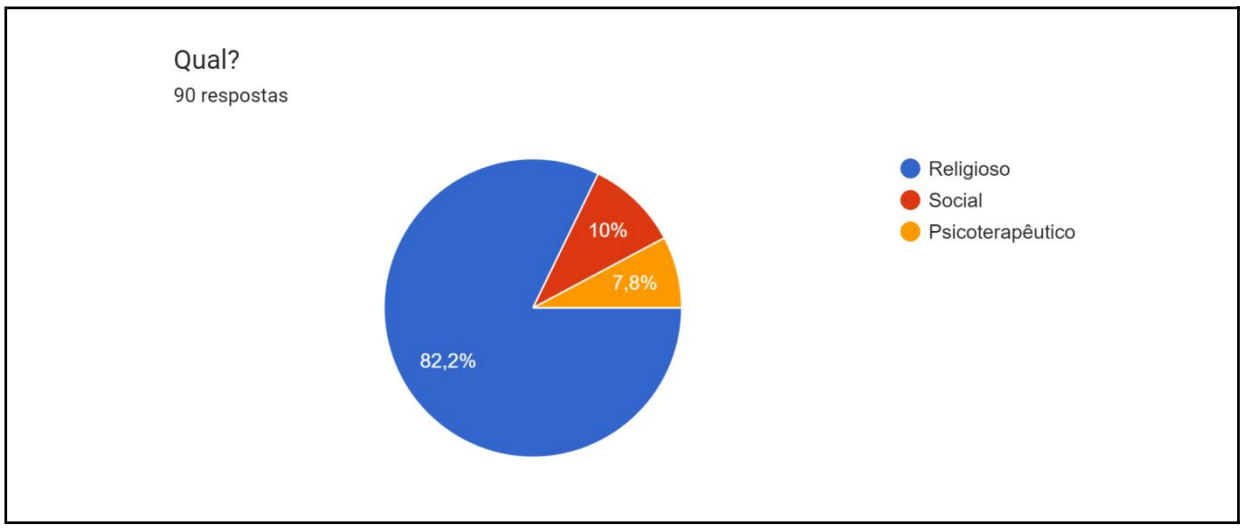
Dentre as necessidades psicoespirituais foram elencadas: participação em grupos de apoio religioso, social e psicoterapêutico.

Gráfico 12-Distribuição dos entrevistados que participam de algum grupo de apoio



Dos entrevistados, 29,5% participam de grupo de apoio e 70,5% não participam de nenhum grupo.

Gráfico13-Distribuição dos entrevistados e tipos de grupo de apoio



Dos entrevistados 82,2% participam de grupos de apoio

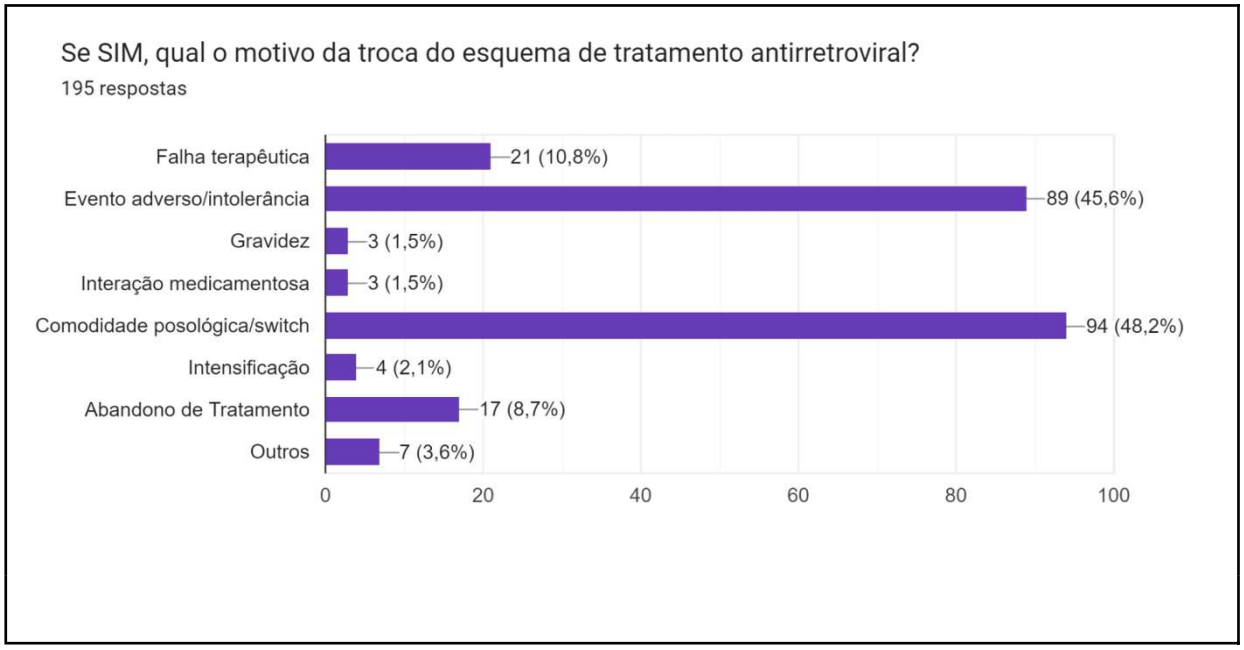
A maioria dos entrevistados buscou apoio religioso, pela fala dos entrevistados essa busca se deve ao maior contato com Deus e que ao buscar apoio na religião se sentem mais tranquilos diante de viver com o vírus do HIV.

TABELA 4: ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO		Frequência	Percentual
1. **Reação adversa ao tratamento**	Sim	119	42,6
	Não	160	57,4
2. **Pacientes com dificuldade de adesão**	Sim	243	87
	Não	36	13
3. **Pacientes que deixaram de tomar o medicamento**	Sim	183	65,6
	Não	96	34,4
4. **Pacientes que tiveram troca no esquema**	Sim	192	68,7
	Não	86	30,9
	Não sabe	1,2	0,4

Na tabela 4 foram descrtitas a aderência ao tratamento. É possível perceber que 42,6%(119) dos entrevistados tiveram reação adversa ao tratamento. Já 87% (243) dos pacientes apresentaram dificuldade de adesão ao tratamento antirretroviral. Um percetual de 65,3% (183) deixaram de tomar o medicamento. Essas informações são referentes ao esquema da medicação atual. Sendo assim, foi orientado as PVHIV sobre a importância da tomada regular das medicações e ter atenção em estar registrando os motivos que podem interferir na baixa adesão. E 68,7% (192) tiveram no troca no esquema do tratamento.

Gráfico 14-Distribuição dos entrevistados que trocaram o esquema de tratamento relacionado ao motivo



Foi utilizado o Software *R* como ferramenta para auxiliar no direcionamento das seguintes associações: **Depressão/Grupo de Apoio; Carga Viral/ CD4.**

-Associação depressão, grupo de apoio e qual o grupo de apoio:

-22,2% - não apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio social
-77,8% - apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio social

-1,5% - não apresentaram ansiedade e/ou depressão e não participam de grupos de apoio religioso
-3% - apresentaram ansiedade e/ou depressão e não participam de grupos de apoio religioso
-34,3% - não apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio religioso
-61,2% - apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio religioso

-14,3% - não apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio psicoterapêutico
-85,7% - apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio psicoterapêutico

-Associação de carga viral e CD4+:

-6,8% - apresentam, < 50 cópias/mL de carga viral e < 200 céls/mm³ de CD4+
-68,5% - apresentam, < 50 cópias/mL de carga viral e > 350 céls/mm³ de CD4+
-4,7% - apresentam, < 50 cópias/mL de carga viral e 200 - 350 céls/mm³ de CD4+
-0,4% - apresentam, < 50 cópias/mL de carga viral e 350 céls/mm³ de CD4+

-1,7% - apresentam, >1000 cópias/mL de carga viral e < 200 céls/mm³ de CD4+
-4,7% - apresentam, >1000 cópias/mL de carga viral e > 350 céls/mm³ de CD4+
-3,4% - apresentam, >1000 cópias/mL de carga viral e 200 - 350 céls/mm³ de CD4+
-0% - apresentam, >1000 cópias/mL de carga viral e 350 céls/mm³ de CD4+

-0,4% - apresentam, 50 - 1000 cópias/mL de carga viral e < 200 céls/mm³ de CD4+
-6,4% - apresentam, 50 - 1000 cópias/mL de carga viral e > 350 céls/mm³ de CD4+
-3% - apresentam, 50 - 1000 cópias/mL de carga viral e 200 - 350 céls/mm³ de CD4+
-0% - apresentam, 50 - 1000 cópias/mL de carga viral e 350 céls/mm³ de CD4+

7- DISCUSSÃO

Ao realizar esse estudo foi possível verificar a importância de realizar a consulta de enfermagem na abordagem a PVHIV. Visto a importância de vincular o paciente ao serviço, reter no seguimento por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos permitindo a integralidade do cuidado.

O estudo teve a participação dos acadêmicos da UNIRIO que acompanharam o roteiro de anamnese. Sendo um momento rico para a trajetória acadêmica dos estudantes.

Durante a consulta os questionamentos contidos no roteiro foram anotados. Sendo concedido um espaço também para sanar dúvidas sobre a doença, expressar suas inquietações sobre o tratamento.

Como apoio para as consultas, foram elaborados materiais educativos como folders e panfletos sobre HIV, hipertensão arterial, diabetes, ISTs, adesão ao tratamento.

A seguir será apresentada a discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior.

Quando questionados quanto à raça e cor, 124 participantes do estudo (44,4%) se declaram pardos. Na análise da variável raça/cor autodeclarada, observa-se que até 2013 a cor de pele branca representava a maior parte dos casos. Nos anos subsequentes, ocorreu um aumento de casos entre pretos e principalmente em pardos, representando mais da metade das ocorrências a partir de 2016 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2022).

No que diz respeito a orientação sexual a maior parte era heterossexual (64,4%), seguido por um percentual de (29%) que se autodeclarou homossexual. Segundo o Boletim epidemiológico do município do Rio de Janeiro (2022). Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulheres, e em 2020 essa razão de sexos foi de 2,8, ou seja, 28 homens para cada 10 mulheres. No período de 2007 a junho de 2022, nos indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal categoria de exposição no sexo masculino foi de homens que fazem sexo com homens – HSH (52,6%) e, no feminino, a prática heterossexual (86,6%).

Na identidade de gênero 99,3% dos entrevistados são cisgênero. Para Gomes (2012) cisgênero, ou apenas “cis” são as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer. Um pequeno percentual dos entrevistados se autodeclararam transgênero ou somente “trans” (0,7% , n=2) são as que não se

identificam com o gênero que lhes foi determinado biologicamente

Com relação ao estado civil dos entrevistados 181 (67,3%) se declararam solteiros. Santos (2021) o companheirismo é fator importante para a PVHIV. Ter um parceiro permite o relato de confidências e um suporte emocional, ajudando a enfrentar os desafios cotidianos, mas nestre grupo estudado não foi o observado.

À respeito da escolaridade, no presente estudo (37,1%) possuíam o ensino médio completo e (2,9%) com pós-graduação. Sendo que a baixa escolaridade interfere no conhecimento sobre a importância do tratamento e no autocuidado.

O estudo permitiu verificar que 29% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial e 10,35% diabetes. Importante ressaltar a necessidade desses pacientes estarem realizando o controle da pressão arterial e níveis glicêmicos. Além disso, o apoio da equipe multidisciplinar no cuidado e na realização das devidas intervenções. Através da consulta de enfermagem é possível ao enfermeiro realizar a integralidade da assistência de enfermagem.

A infecção pelo vírus do HIV é considerada uma doença infecciosa crônica. A cronicidade possibilita maior sobrevida e novas perspectivas para as pessoas que vivem com HIV (PVHIV). Estima-se que mais de 70% das PVHIV no mundo terão idade maior ou igual a 50 anos em 2030.Tal fato culmina em aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que pode estar associado ao próprio envelhecimento, ao tempo de exposição ao HIV, à ocorrência de efeitos adversos dos fármacos utilizados na terapia antirretroviral (TARV) ou todos esses fatores juntos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ao coletar os dados foi possível verificar que a maioria dos entrevistados informou que o tipo de exposição foi por transmissão sexual - 74,8%. A prevalência de transmissão sexual pode ser decorrente do não uso de preservativos e da não realização do PEP. Sendo fundamental a educação em saúde com o objetivo de promover a redução da transmissibilidade do vírus.

Sobre outros sintomas apresentados os entrevistados apresentaram: 0,7% resfriado; 2,2% astenia; 4,1% anemia; 4,1% dispneia; 4,1% febre persistente;4,5% dermatite; 5,2% tosse persistente; 8,2% diarreia; 9,3% perda de peso. Sendo que 75,8% são assintomáticos.

A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas da infecção, quando o vírus está sendo replicado nos tecidos linfóides. Durante essa fase, tem-se CV-HIV elevada e níveis decrescentes de linfócitos, em especial os LT-CD4+, uma vez que

estes são recrutados para a reprodução viral. O indivíduo, nesse período, torna-se infectante. As manifestações clínicas nesse período denominam-se Síndromes Retroviral Aguda. Os principais achados clínicos incluem: febre, cefaléia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. A SRA pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão (PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2018).

Na fase de latência clínica de infecção pelo HIV, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda.Enquanto a contagem de LT-CD4+ permanece acima de 350 céls/mm³, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose.

À medida que a infecção progride, sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, tornam-se mais frequentes, além do herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 céls/mm³.

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da aids. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus.

Cerca de 21,9% dos entrevistados apresentaram tuberculose e 89,6% concluíram o tratamento da tuberculose. As PVHIV têm risco aumentado de desenvolver tuberculose (TB) em relação à população em geral, trazendo riscos à saúde, inclusive de morte. A TB atinge mais pessoas com imunidade mais frágil, mas pode ocorrer em pessoas com aids que apresentam contagem de CD4 mais altas. A TB é a doença infecciosa mais comum, como causa de morte entre PVHIV.

Para diminuir o risco de adoecimento, é recomendado o tratamento da infecção latente por TB (ILTB), a chamada Terapia Preventiva da Tuberculose (TPT). As indicações de TPT se baseiam na contagem de CD4, na prova tuberculínica (PT) ou no teste de liberação de interferon-gama (IGRA), na presença de cicatriz pulmonar em radiografia de tórax ou no contato domiciliar com pessoa com TB pulmonar bacilífera,

desde que o indivíduo não tenha feito tratamento anterior de TB e não tenha TB ativa no momento da avaliação para TPT (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE, RJ, 2023).

De acordo com os dados coletados 53,1% apresentaram outras ISTs. Como exemplos podemos citar: sífilis, candidíase, herpes genital, gonorreia, hepatite C. Sendo que 89,7% concluíram o tratamento das ISTs.

Segundo o estudo realizado, 81,4% dos entrevistados apresentaram carga viral menor que 50 cópias e 9,5/maior que mil cópias. Dado importante visto que a quantificação da carga viral do HIV é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia do tratamento e detectar precocemente problemas de adesão (caracterizada por dois exames sequenciais de carga viral detectável).Considerando os exames de CD4+, 79,8% dos entrevistados apresentaram um número maior que 350 céls/mm^3. Sendo relevante visto que a imunidade dos pacientes representa fator de proteção para o não desenvolvimento de infecções oportunistas.

Na associação de carga viral e do CD4 dos entrevistados, observou-se a grande maioria (68,5%) com carga viral < 50 cópias/mL e > 350 céls/mm³ de CD4 +. Dado importante, visto que o CD4 está apresentando um valor acima de 350 céls/mm³, mostrando que o paciente está com imunidade adequada, impedindo a replicação viral. Iniciar o tratamento precoce , antes que a contagem de células CD4 seja menor que 250mm³ traz benefícios aos pacientes em termos de redução de chance de ter um evento clínico grave, redução do risco de um evento clínico definidor de Aids e 51% menos chance de ter tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Já 1,7% dos entrevistados apresentaram, >1000 cópias/mL de carga viral e < 200 céls/mm³ de CD4+. Isso representa que as células de defesa estão em níveis inferiores a 350 céls/mm³, já podendo ocasionar infecções oportunistas. Sendo 4,7% apresentam, >1000 cópias/mL de carga viral e > 350 céls/mm³ de CD4+.

Dos entrevistados 6,4% - apresentam, 50 - 1000 cópias/mL de carga viral e > 350 céls/mm³ de CD4+. A contagem de LT-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias. Com esse exame, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019), a infecção provoca a diminuição do número de LT-CD4+ por meio de diversos mecanismos, entre os quais a apoptose de células espectadoras, a morte viral de células infectadas e a morte de LT-CD4+ por meio de linfócitos T citotóxicos CD8+ que reconhecem as células infectadas. Quando o número de LT-CD4+ desce abaixo do limiar aceitável, o corpo perde a imunidade mediada por células e torna-se progressivamente mais suscetível a infecções oportunistas.

Quando a contagem das células CD4 é alta, a carga viral é normalmente baixa. Esta situação é boa. Se a contagem das células CD4 descer para 350 ou menos, é recomendado que se inicie o tratamento. O resultado do tratamento deve ser o aumento das células CD4 e a descida da carga viral. A supressão viral eleva o nível de células CD4 permitindo ao paciente ter qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A contagem de LT-CD4+ tem importância na avaliação inicial, enquanto a CV-HIV é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia da TARV e detectar precocemente problemas de adesão em PVHIV (SILVEIRA, 2018).

Para pacientes acompanhados e estáveis, em TARV, com CV-HIV indetectável e contagem de LT-CD4+ acima de 350 céls/mm3, a realização do exame de LT-CD4+ não traz nenhum benefício ao monitoramento clínico-laboratorial. Flutuações laboratoriais e fisiológicas de LT-CD4 não têm relevância clínica e podem inclusive levar a erros de conduta, como troca precoce de esquemas ARV ou manutenção de esquemas em falha virológica.

Quando uma pessoa vivendo com HIV está sob terapia antirretroviral eficaz, a carga viral torna-se tão baixa que é indetectável (menos de 50 cópias por mililitro de sangue). O acesso à terapia antirretroviral permite que as pessoas recuperem sua qualidade de vida, retornem ao trabalho e desfrutem de um futuro com esperança. Sendo que a boa adesão aos antirretrovirais possibilitará a supressão da carga viral permitindo uma melhor qualidade de vida.

Os laudos dos exames para CV e CD4/CD8 dos pacientes podem ser consultados em: https://laudo.aids.gov.br/PAGINA/index.php.Os profissionais devem ter login e senha para acesso.

Foi possível observar que um número expressivo de entrevistados não realizou as seguintes vacinas: Haemophilus influenzae B; Hepatite A, Pneumo 23, meningocócica C. Essas vacinas são imunobiológicos especiais recomendadas pelo (CRIE. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O esquema da vacina HPV compreende duas

doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre as doses, de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) para meninas e meninos. Para grupos com condições clínicas especiais, pessoas de 9 a 45 anos de idade, vivendo com HIV/Aids. Sendo fundamental orientar à PVHIV sobre a importância da realização dessas vacinas. Para tanto, é preciso que o médico realize o encaminhamento ao CRIE solicitando as vacinas a serem administradas. Sendo importante ao longo da consulta de enfermagem reforçar a importância da orientação da realização dessas vacinas.

A situação vacinal de adolescentes e adultos vivendo com HIV deve ser avaliada individualmente. Todas as vacinas do calendário nacional devem ser administradas, desde que não haja imunodepressão grave. A imunodepressão eleva o risco da administração de agentes vivos e reduz a resposta imunológica adequada.

Portanto, recomenda-se adiar a administração de vacinas com vírus vivo ou atenuados em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de CD4 < 200 céls/mm3), até que a reconstituição imune seja obtida com o uso de terapia antirretroviral (contagem de CD4 ≥ 200 céls/mm^3). Para as outras vacinas, em situações de imunossupressão (contagem de CD4 < 200 céls/mm^3), avaliar individualmente o benefício da vacinação. Se possível, deve-se adiá-la no intuito de melhorar a resposta vacinal e reduzir o risco de complicações pós-vacinais, exceto se o risco de exposição à doença for muito alto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Dos entrevistados, 32,4% relataram apetite alterado, 18,3% alteração intestinal e 10,5% alteração urinária. Torna-se fundamental que o paciente que vive com HIV seja acompanhado na periodicidade das consultas. Visto que alterações na carga viral pode interferir no estado de saúde, com a diminuição de células CD4. Além disso, queixas devem ser investigadas a fim de se realizar a melhor conduta.

Verificou-se que 59,3% dos pacientes apresentaram insônia. Segundo Belísio (2016), distúrbios do sono estão associados também ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos como depressão, frequente entre portadores de insônia e de outros distúrbios do sono. Pessoas infectadas pelo HIV podem desenvolver insônia por utilizarem medicamentos antirretrovirais, tendo maior tendência a sofrerem com esses transtornos. Com isso, manter a qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV/Aids deve ser essencial para um bem-estar adequado e equilibrado. Os dados apresentados mostraram que 17,5% dos entrevistados utilizam medicação para dormir.

A prática regular de exercícios físicos é indicada a todas as pessoas, principalmente as pessoas que vivem com HIV. Alguns dos benefícios da atividade física para um paciente soropositivo são: estimulação do Sistema Imunológico; aumento da Disposição; melhora da Autoestima; Alívio do Estresse; melhora da Depressão. Dos entrevistados 13,7% realizam atividades físicas de uma a três vezes por semana; 29,6% de 3 a 6 vezes por semana; e 56,7% não realizam atividades físicas.

Foi possível constatar que dos 66,9% dos parceiros não possuem diagnóstico de HIV, sendo que destes 14,1% estão em uso de PrEP. Sendo importante para a minimização do contágio do HIV, além do uso de camisinha. Um número expressivo de parceiros não realiza o PrEP sendo de fundamental importância as ações de educação em saúde informando a importância da adesão ao tratamento visto a constante exposição ao HIV.

Dos entrevistados 72,8% utilizam preservativo. Dado relevante, visto que a utilização de preservativo impede a transmissão de inúmeras infecções sexualmente transmissíveis: como sífilis, gonorreia, HPV, hepatites B e C.

De acordo com o estudo, 79% dos pacientes fumam e 21% não fumam. Tanto os componentes do cigarro quanto demais fatores que influenciam o comportamento das PVHIV podem estar associados ao insucesso da TARV nessa população fumante. Esses fatores incluem baixa adesão ao tratamento, uso de substâncias lícitas e ilícitas, depressão e ansiedade, e alterações da função imunológica (TEIXEIRA, 2020).

O consumo de bebida alcóolica por PVHIV está relacionado a um pior prognóstico, com aumento da morbidade e mortalidade, comportamentos sexuais de alto risco, aceleração da progressão da doença, baixa adesão à terapia antirretroviral (TARV), declínio dos linfócitos T CD4+ e aumento da carga viral, além da propagação da infecção pelo HIV, pois pessoas alcoolizadas estão mais propensas a manterem relações sexuais desprotegidas, favorecendo a transmissão do vírus (SANTOS, 2017). De acordo com os dados do estudo 51,4% consomem álcool socialmente e 1,4% diariamente.

O estudo apontou que 8,2% dos pacientes utilizam drogas ilícitas. Estudos reforçam a tese de que o uso de drogas interfere diretamente na saúde do indivíduo e favorece o surgimento de comorbidades e piora de quadros clínicos já preexistentes. Seu uso por PVHIV é considerado fator predisponente para a piora na qualidade de vida do indivíduo. O uso de drogas por si só já acarreta danos à saúde e em concomitância com a presença do HIV leva o indivíduo a ter mais chances de ter

problemas no âmbito da saúde (UNAIDS, 2023).

Além do mais, o uso de drogas é um fator que tem influência direta na interrupção do tratamento para o HIV (SILVA, 2014).

Dentre as necessidades psicossociais foram destacados aspectos que envolvem o diagnóstico da doença, falar sobre a doença, quadro de ansiedade ou depressão.

Dos entrevistados 17,3% não falaram sobre o diagnóstico com ninguém. Foi possível perceber que os pacientes, na maioria das vezes, se sentem tristes e receosos como as pessoas ao revelar uma notícia de diagnóstico positivo. Sendo de fundamental importância o papel do enfermeiro na realização do acolhimento e as devidas orientações sobre a doença.

Dos entrevistados, 78% relataram não informar no ambiente de trabalho sobre o diagnóstico. O estigma e o preconceito da não aceitação por parte das pessoas sobre a condição de ser portador do vírus HIV pode ser um aspecto que interfere no cotidiano da PVHIV.

Constatou-se que 61,6% dos entrevistados apresentaram quadro de ansiedade e/ou depressão. Sendo de extrema relevância a atuação do profissional de enfermagem em acolher e escutar a PVHIV no apoio às angústias e inquietações apresentadas por eles.

A pesquisa mostrou que 50% dos participantes buscam tratamento para a depressão, pois o paciente deprimido tem baixa autoestima e pode propiciar o abandono do tratamento.

A vigilância de sintomas depressivos favorece o diagnóstico precoce de depressão e o tratamento adequado. Sendo um importante na qualidade de vida da PVHIV, ao mesmo tempo em que previnem a adoção de comportamentos de risco e a falha na adesão à TARV impedindo o desenvolvimento de cepas resistentes do vírus e prevenindo a propagação do HIV (RODRIGUES, 2017).

A participação em grupos de apoio permite à PVHIV uma troca de experiências, além de permitir que se sinta acolhida para expor suas dúvidas e sentimentos existentes. Das PVHIV entrevistadas, 29,5% informaram participar de grupos de apoio. Sendo o grupo psicoterapêutico de maior expressividade com 82,2% de participantes.

Ao realizar a associação de grupo de apoio e depressão, o estudo apontou que 77,8% apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio psicoterapêutico. Dado preocupante, visto que a depressão pode desencadear fatores

que podem interferir na qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. Como exemplo, podemos verificar que as PVHIV com depressão apresentam baixa adesão aos antirretrovirais; além da não realização de consultas médicas. O fato de participarem de grupos de apoio permite que o paciente que vive com HIV se sinta mais acolhido e socialize com os integrantes do grupo na realização de atividades interativas. Já 61,2% apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio religioso, sendo importante esse dado pois a crença numa religião pode ser um fator PrEPonderante para a PVHIV. A pesquisa apontou que 85,7% apresentaram ansiedade e/ou depressão e participam de grupos de apoio psicoterapêutico, esse dado mostra que os pacientes estão procurando buscar ajuda.

As pessoas que vivem com HIV, apesar de, muitas vezes, apresentarem-se assintomáticas, podem desenvolver transtornos na esfera psicossocial, e o mais comum deles é a ansiedade. A carência social causa impacto na qualidade de vida e as pessoas tendem a ficar ansiosas na busca da recuperação do espaço social, além do medo quanto ao futuro (MONTEIRO, 2016).

Algumas PVHIV apresentam depressão, baixa expectativa de futuro, autoestima afetada e esperança de vida comprometida. Essas pessoas apresentam medo, culpa e solidão, e esses sintomas possuem correlação com os quadros depressivos que os pacientes vivem.

A depressão é o transtorno psiquiátrico prevalente em indivíduos infectados pelo HIV. Ainda que estudos considerem uma variação da prevalência da depressão em Pessoas Vivendo com HIV entre 0 e 42%, há consenso de que ela incide duas vezes mais nessas pessoas do que na população em geral, podendo-se observar uma porcentagem de onze a 30% nos portadores da infecção (COUTINHO, 2018).

A depressão afeta tanto a adesão quanto a resposta ao tratamento. Pacientes deprimidos apresentam diminuição de células CD4 e CD8, além de aderirem menos ao tratamento, ocasionando uma progressão da doença e aumento da mortalidade por Aids. A depressão e o estresse aumentam o nível de cortisol, que, em PVHIV, tem sido associado à diminuição das células CD4 e CD8 e aumento da carga viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Dos entrevistados, 87% apresentaram dificuldade de adesão ao medicamento e 42,6% apresentaram reações adversas à terapia antirretroviral. Sendo que 65,6% dos entrevistados deixaram de tomar a medicação por um período e voltaram ao tratamento.

A falha de adesão geralmente depende de múltiplos fatores, entre eles: efeitos adversos das medicações, dificuldade de aceitação da doença, dificuldade de compreensão da doença e de sua evolução sem tratamento, polifarmácia, uso de drogas e álcool, transtornos psiquiátricos associados, entre outros. Para auxiliar na adesão, é de extrema importância a compreensão por parte da equipe das razões envolvidas na má adesão ao tratamento. No âmbito do HIV, a adesão dos pacientes à terapia antirretroviral gera efeitos que vão além do tratamento da doença no nível individual. Em correta adesão, espera-se uma redução na carga viral dos pacientes a níveis indetectáveis, o que gera, além dos benefícios para a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, uma redução no risco de transmissão sexual do HIV para outras pessoas (UNAIDS, 2023).É fundamental orientar sobre a importância da adesão ao tratamento, avaliar o perfil de vulnerabilidade e as razões que motivaram o abandono. A falha de adesão geralmente depende de múltiplos fatores, entre eles: efeitos adversos das medicações, dificuldade de aceitação da doença, dificuldade de compreensão da doença e de sua evolução sem tratamento, polifarmácia, uso de drogas e álcool, transtornos psiquiátricos associados, entre outros. Para auxiliar na adesão, é de extrema importância a compreensão por parte da equipe das razões envolvidas na má adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Considera-se como adesão insuficiente ao tratamento a tomada de medicamentos com uma frequência de menos de 80% das doses, que é a quantidade necessária para alcançar a supressão viral e sua manutenção. Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. Tanto em casos de abandono, como de má adesão, é importante revisar todo o histórico de ARV utilizados, com quais esquemas havia supressão virológica e se há genotipagens prévias, além das barreiras de adesão e/ou motivos relacionados ao abandono de tratamento, para definir qual esquema ARV deve ser reiniciado. Frequentemente, a conduta será restabelecer o mesmo esquema anterior do paciente (em caso de abandono), ou manter esquema atual (em caso de má adesão), mesmo que esse não seja o esquema de primeira linha e desde que o abandono ou má adesão não esteja relacionado a efeitos adversos das medicações. Pacientes cujo esquema ARV prévio for composto por ARV com baixa barreira genética (por exemplo, efavirenz ou nevirapina) têm um risco maior de falha, portanto, sugere-se discussão com especialista para definição do melhor esquema ARV, em especial em pacientes com imunossupressão grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)Os estudos sobre adesão, no geral, consideram os pacientes como aderentes ao tratamento antirretroviral quando utilizam entre 80% e 100% dos medicamentos prescritos (Carvalho, 2019).

Os avanços tecnológicos para fármacos antirretrovirais de maior facilidade posológica, maior potência e com menores efeitos adversos, sua dispensação gratuita no Brasil e o estabelecimento de uma linha de cuidado integral desses usuários resultaram na diminuição de internações por doenças oportunistas e na consequente queda da mortalidade (LACERDA, 2019).

Em casos de abandono de longa data, deve-se observar se o esquema prévio ainda está disponível para utilização no Brasil, caso contrário, o caso deve ser encaminhado ao serviço de atenção especializada, para definição do melhor esquema. Deve-se solicitar uma carga viral do HIV basal (preferencialmente logo antes do reinício de ARV) e avaliar a necessidade de coleta também de CD4, a depender dos exames prévios, presença de sintomas e tempo desde o abandono. Contudo, a coleta de exames não deve atrasar o reinício de ARV. Após o reinício da medicação, uma nova carga viral deverá ser solicitada, com 8 semanas de tratamento regular com boa adesão.

A única forma de manter a supressão virológica é pela adesão à terapia antirretroviral (TARV). O esquema medicamentoso só será eficaz se o paciente participar do tratamento de forma correta: importância do uso contínuo e ininterrupto dos medicamentos, realizando os exames solicitados e comparecendo nas consultas marcadas.

De acordo com o estudo realizado, em 68,7% dos pacientes ocorreu troca no esquema antirretroviral. Dentre os motivos elencados para a realização da troca foram comodidade posológica/switch com 48,2%; evento adverso/intolerância (45,6%); falha terapêutica (10,8%); abandono de tratamento (8,7%); intensificação (2,1%); gravidez (1,5%); interação medicamentosa (1,5%).

Antes de fazer uma troca de medicamentos é necessário garantir a manutenção da supressão virológica. Torna-se de fundamental importância a revisão do histórico de tratamento do paciente, para a correta avaliação do risco de falha secundária a mutações de resistência acumuladas. Quando o paciente se encontra em uso de seu primeiro esquema, sem nunca ter apresentado falha terapêutica, é muito mais simples efetuar a troca, pois as possibilidades de substituição de uma ou mais drogas antirretrovirais são variadas. Entretanto, quando o paciente tem histórico de uso de mono ou dupla terapia, ou falhas a esquemas prévios, deve-se evitar a troca, a menos que exista toxicidade aparente e incontornável com o esquema atual (BRITES, 2016).

Uma vez definida a troca, devemos considerar o momento mais adequado para sua execução. Caso o paciente apresente quadro de toxicidade importante, deve-se fazer a troca imediatamente. Entretanto, nos casos em que o paciente se encontra estável, sem urgência na modificação do esquema em uso, a troca pode ser planejada, sem necessidade de mudança imediata. Nesses casos, deve-se garantir um tempo de carga viral indetectável superior a seis meses (quanto mais longo, melhor!), no sentido de reduzir o risco de rebote viral. A troca não deve ser feita nos momentos em que outras modificações terapêuticas estejam ocorrendo; por exemplo, durante o período de introdução/mudança de tratamentos para comorbidades. Uma vez efetuada a troca, deve-se monitorar precocemente a carga viral, de maneira a modificar o esquema rapidamente, caso ocorra falha virológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A consulta de enfermagem permitiu ter um olhar diferenciado frente as necessidades da PVHIV em sua integralidade. Ao longo da realização das entrevistas, foi possível perceber como a PVHIV requer um cuidado global.

Através de um cuidado individualizado é possível realizar a escuta, o acolhimento e o vínculo, de forma a fortalecer o relacionamento terapêutico entre profissional e o paciente. Permitindo a valorização da participação ativa do sujeito no processo de cuidado.

8- CONCLUSÃO

Ao final do estudo, foi possível verificar que no local estudado, a realização da consulta de enfermagem permitiu à pessoa que vive com HIV um ambiente de acolhimento e esclarecimento de dúvidas que surgiam ao longo da realização do histórico de enfermagem. Através dos questionamentos foi possível verificar como está a saúde da PVHIV com o intuito de proporcionar a integralidade do cuidado. Permitindo assim proporcionar ações que visem uma adequada qualidade de vida.

A consulta de enfermagem se torna de relevância significativa para o serviço do Ambulatório de Imunologia. Um espaço para a realização da consulta é de enorme importância para o serviço, visto que o mesmo foi improvisado não tendo de forma efetiva um lugar destinado a realização das consultas.

O fluxo da consulta seguindo o roteiro de anamnese se realizou de acordo com o agendamento semanal dos pacientes atendidos no ambulatório de Imunologia. Pacientes agendados de segunda à sexta feira eram convidados a participar do estudo enquanto aguardavam a consulta médica.

Ao desenvolver o roteiro do histórico de enfermagem foram pontuados aspectos importantes sobre necessidades psicossociais e psicoespirituais. Através da

identificação dessas características verificou-se a importância do oferecimento de um suporte psicossocial e terapêutico para essa população.

A consulta de enfermagem permite verificar como a PVHIV se apresenta em sua integralidade. Através dos resultados foi possível traçar a metodologia do cuidado e os próximos passos para uma assistência de qualidade.

Foi possível perceber que os pacientes atendidos no ambulatório de imunologia requerem um cuidado específico. A PVHIV apresenta uma condição de saúde que envolve aspectos psicossociais, psicobiológicos e psicoespirituais que precisam ser olhados de forma integral.

Sendo uma condição crônica de saúde é primordial identificar os fatores que facilitam a adesão ao tratamento e a elaboração de intervenções, para as necessidades das pessoas que vivem com HIV através de uma rede de apoio e suporte social. Com essas intervenções pode ser possível promover uma melhor qualidade de vida da PVHIV e a redução das complicações advindas da não adesão ao tratamento.

O estudo possibilitou verificar, no grupo investigado, que a adesão à terapia antirretroviral traz inúmeros benefícios para a saúde das pessoas vivendo com HIV, suprime a carga viral a níveis indetectáveis, reduzindo o risco de transmissão do vírus para outras pessoas. A consulta de enfermagem ratifica a importância da tomada regular das medicações. Além disso, o profissional enfermeiro tem um olhar holístico sobre o paciente orientando o mesmo de acordo com suas competências técnicas e éticas. A adesão ao tratamento deve manter-se adequada ao longo dos anos, resultando na supressão viral das pessoas vivendo com HIV o que permite uma adequada qualidade de vida.

Nessa perspectiva faz-se necessário manter vínculo com as PVHIV, pois isso permite aproximação entre o enfermeiro e o usuário, bem como promove um cuidado individualizado. Ressalta-se a importância de implementar a sistematização da assistência de enfermagem à pessoa que vive com HIV, destacando aspectos psicoafetivos, sociais, culturais e espirituais, levando o enfermeiro a identificar e investir na capacidade para o cuidado integral.

Os resultados encontrados poderão contribuir para novos estudos e pesquisas voltados para a consulta de enfermagem a PVHIV, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Além de permitir atividades educativas de orientação sobre a importância de assistir a PVHIV em sua integralidade.

Como produto deste estudo foi elaborado o roteiro do Histórico da consulta de enfermagem para pacientes vivendo com HIV apêndice II, voltada às PVHIV e poderá ser utilizado nas consultas de enfermagem do Ambulatório de Imunologia. A legalização

da consulta de enfermagem e o seu estabelecimento como atividade privativa do enfermeiro somente ocorreu em 1986, por meio da Lei n.º 7.498/86, art.11, inciso I, alínea i, que regulamentou o seu exercício (Resolução nº159/1993-Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017). Ainda falta no serviço um lugar específico para realizar as consultas, porém apesar disso foi possível desenvolver a pesquisa.

9- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A maior limitação do estudo é a inexsitência de um ambiente específico da enfermagem para a realização da consulta de enfermagem. O ambulatório atende a demanda de especialidades como a Imunologia, Alergia, Hematologia e Reumatologia com poucos consultórios existentes. A enfermagem carece de um consultório para realizar a consulta de enfermagem.

10-REFERÊNCIAS:

-ANDRADE, et al. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente aidético. REV Atenas Higeia, v.3,2021

-Abreu, F. K (2017). Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev Brasileira de Enfermagem, 70 (5).

-ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2022. Disponível em < https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Com-iluminacao-especial-ALMG-participa-do-Dezembro-Vermelho/> Acesso em: 24/06/2023.

-BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 3ª ed. 2004.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos. Brasília, DF; 2015.

-BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 001/2020. Gerência de IST/aids. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

-BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2022. Gerência de IST/aids. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

-BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/Aids. Município do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, dezembro 2022.

-BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO TUBERCULOSE. Município do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, março 2023.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2010. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids. Brasília, 2012.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos. Brasília, 2015.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a. Disponível em:https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/HIV- aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view. Acesso em: 23 jan. 2023.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [recurso eletrônico] / MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento Clínico. Setembro, 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em https:// www.gov.br/Aids/pt-br/centrais-de-conteúdo/publicações/2021/relatorio-de monitoramento-clínico-setembro-2021/view. Acesso em: 26 jan.2023

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e HIV. Brasília, 2018.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br> Acesso em 15 de agosto de 2022.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília-DF, 2008. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_HIV.pdf> Acesso em 16 de junho de 2023.

-BRASIL, 2019. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e aids.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico HIV/aids. n. esp., p. 1-

79, 2019.

-BELÍSIO, Aline. Avaliação dos distúrbios e da qualidade do sono em pacientes com imunodeficiência humana (HIV). Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 24-38, 2016.

-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico HIV/aids,2022.

-BRITES, Carlos. Estratégias de troca (switch) na terapia antirretroviral atual. Terapia antirretroviral atual: tendências e desafios. BJID- Educação Médica Continuada., volume 2- número 1, fevereiro de 2016.

-CARDOSO, M.G.O. Assistência de Enfermagem ao paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). In: I Congresso Nacional Masterclass de Enfermagem-Salvador/BA,2020. Disponível em <https://www.doity.com.br/anias/congresso-nacional-masterclass-de enfermagem/trabalho/113960 >. Acesso em: 28/09/2021.

-CARVALHO EC, et al. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. Revista Enfermagem UFPE On Line, v. 1, n.1, p. 95-99, 2007. Disponível em http://www.ufpe.br/revistadeenfermagem/index.php/emfermagem/login. Acesso em: 20 de setembro de 2021.

-Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FR de O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. Ciênc saúde coletiva. julho de 2019;24(7):2543–55

-COSTA. MMR, et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV: revisão integrativa. Braz. J. Hea. Rev. 2019; 2(3):1833-1842.

-COSTA. TL, Oliveira DC, Formozo GA. O setor saúde nas representações sociais do HIV/Aids e qualidade de vida de pessoas soropositivas. Esc. Anna Nery. 2015; 19(3): 475-483.

-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (Brasil). Resolução nº 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [resolução na internet]. Diário Oficial da União [acesso em 27 setembro de 2021] disponível em: http://www.portalcofen.com.gov.br/.

-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [resolução na internet]. Diário Oficial da União [Acesso em 20 set 2021] Disponível em: http://www.novo.portalcofen. gov. br/.

-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [resolução na internet]. Diário Oficial da União: [acesso em 25 de junho 2023] Disponível em: http://www.portalcofen.com.gov.br/

-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [resolução na internet]. Diário Oficial da União [Acesso em 21 de junho de 2023] Disponível em: http://www.novo.portalcofen. gov. br

-CECCATO, Maria das Graças; GOMES, Raquel Regina. Conhecimento sobre HIV/Aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. **ARTIGO ORIGINAL** Rev. bras. epidêmico. 22 (Suppl 1), 2019.

-GONÇALVES, PM; SOUZA, VJV. aids: um breve panorama sobre aspectos epidemiológicos, antropológicos, clínicos e a situação atual no Brasil. Revista Científica Fagoc Saúde [internet]. 2017 [cited 2020 Aug 14];2(1):40-9. Available from: http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/210/228

-CESAR, J.J.; PATRÍCIA S.C. HIV NA TERCEIRA IDADE –UMA EPIDEMIA INVISÍVEL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. Vol.20,n.3,pp.132-136(Set–Nov2017). Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR.

-CIHLAR, T.; FORDYCE, M. Current status and prospects of HIV treatment. Current Opinion in Virology, v.18, p. 50–56, 2016.

- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Brasília: COFEN; 2009.

- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 544/2017. Brasília: COFEN; 2017.

-DOMINGUES, JP. Representações sociais da qualidade de vida e do cuidado de saúde de pessoas que vivem com HIV/aids no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2017.

-FERREIRA, S. R. S., et al. (2018). A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Brasileira de Enfermagem, 71.

-GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 4, p. 743–749, 2010.

-CIHLAR, T.; FORDYCE, M. Current status and prospects of HIV treatment. Current Opinion in Virology, v.18, p. 50–56, 2016.

-GOMES, Jaqueline J. de. Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos -Transgener(al)idades. Revista e Ampliada, 2ª Ed., Brasília-DF, 2012. p. 10

-FIOCRUZ. Prevalência e fatores associados à falha virológica em pacientes com HIV/Aids assistidos em Teresina - Piauí / RAIMUNDO FÉLIX DOS SANTOS JÚNIOR. - Teresina, 2017. 54 f.; il. Disponível em <https://acervos.icict.fiocruz.br/man/mestrado_bibmang/raimundo_junior_ioc_mest_2017.pdf> Acesso em 16 de junho de 2023

-GIMENES, G. de F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.291-318,maio/ago.2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2021.

-HERMES, Renata Bezerra. Investigação dos polimorfismos nos genes fas e fasl em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana-1 (HIV-1). 2009. Dissertação (Pós-graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários)-Universidade Federal do Pará, Belém. https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/4859 Acesso em: 26 de julho de 2023.

-HERNANDEZ, A. L. et al. HIV Integrase Genotypic Testing and Resistance in the United States—9 U.S. Jurisdictions. São Francisco-CA: CROI, 2017.

-HIPOLITO, RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT.Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/Aidsaids: relação temporal, sócio-demográfica e perceptiva da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:2874.

-ICTV (INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES). Virus Taxonomy: The Classification and Nomenclature of Viruses. The Online (10th) Report of the ICTV, 2017. Disponível em: <https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv_online_report/>. Acesso em: 15 agosto 2022.

-KNECHTEL, Maria do Rosário. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

-Lacerda JS, Paulo RG, Aoyama EA, Rodrigues GMM. Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o Azt até o coquetel disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde 2019; 1:83-91.

-Coutinho, G.V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. Saúde debate 42 (116) • Jan-Mar 2018

-MACEDO, 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. enferm. Brasília, v. 66, n. 2, p.196-201, Abril 2013.

-MATTE, Maria Cristina. Influência dos genes HLA classe I na progressão para a Aidsaids em indivíduos HIV positivos. 2012. Dissertação (Pós-graduação em genética e Biologia Molecular)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em:https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54504/000851061.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 de julho de 2023.

-MARTINS A, Monteiro F, Fialho R, Canavarro MC, Pereira M. Qualidade de vida na Infeção VIH: perfis segundo o modo de transmissão. Psic., Saúde & Doenças. 2016; 17(1): 07-14.

-MEIRELLES BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aidsaids. Rev Rene [Internet]. 2010 Jul-Sep [cited 2016 Nov 25]; 11(3):68-76. Available from: VI [Links].

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids aids e das Hepatites Virais. – Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2018.

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV/SVS/MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2018. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/tags/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 02 abril 2023

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/e das Hepatites Virais. – Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS aids e das Hepatites Virais. NOTA TÉCNICA Nº 72/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS

-MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2018.

-MOURA, J. P.; FARIA, M. R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/AIDSaids. Revista de enfermagem UFPE on line., Recife, 11(Supl. 12):5214-20, dez., 2017.

-Monteiro, M.A. Efeito de exercícios físicos e de lazer sobre os níveis de cortisol plasmático em pacientes com . Rev. Bras. Ciênc. Esporte. 2016;38(4):328-333

-NAHAS, M.V.Atividade física, saúde e qualidade de vida : conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo / Markus Vinicius Nahas. – 7. ed. – Florianópolis, Ed. do Autor, 2017

-NETO, L. F.; MIRANDA, E. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos Epidemiol. Serv. Saúde vol.30 no.esp1 Brasília 2021 Epub 28-Fev-2021

-OLIVEIRA, E. F; PAES, M. S. L. Adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com HIV/AIDS. Revista Enfermagem Integrada. v. 6, n. 2, 2013.

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Ministério da Saúde, 2023.

-RODRIGUES, M.; MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/aids. Saúde debate 41 (113) • Apr-Jun 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qTKTctQZSKQKpDg8bfNJ6fQ/?lang=pt> Acesso em 16 de junho de 2023.

-SANTOS, et al. A atenção a pacientes com HIV/aids e os cuidados de enfermagem para promoção da qualidade de vida. Revista Ibero - Americana de humanidade, ciências e educação, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/02.-fluxo-contínuo-a-ateno--pacientes- com-HIV-aids-e-os-cuidados-de-enfermagem-para-promoção-da-qualidade-de- vida. Acesso em: 21 de junho de 2023.

-SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. Virologia humana. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

-SANTOS, V. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida

Acta Paul Enferm. 2017; 30(1):94-100

-SOARES, F.N.S.; MORAIS, M. T. M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/aids cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA. Revista de Saúde Complementar; v.10 n.1. p 54-63. 2014

-SICLOM. Gerencial. Documentos. Disponível em < aids http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php>. Acesso em 15 de Agosto de 2022.

-Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Gerencial. Disponível em:www.aids.gov.br/gerencial. Acesso em: 20/08/2023.

-SILVA, C.C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Anti Drogas/CAPS-AD. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 737-745, 2014.

-SILVEIRA, Jéssica; CAMPOS, Leonardo. Avaliação da Imunidade Celular do CD4 no Combate ao Vírus do HIV. Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018.

-SHUBBER, Z., MILLS, E. J., ACHEGA, J. B., Vreeman, R., Freitas, M., Bock, P., Nsanzimana, S., Penazzato, M., Appolo, T., Doherty, M., & Ford, N. (2016). Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*, *13*(11), e1002183. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002183

-TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

-TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.

-TEIXEIRA, L. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em pessoas vivendo com HIV em tratamento. Rev Saúde Pública. 2020; 54:108.

- TONELI, M.J. Cisgeneridade: um operador analítico no transfeminismo brasileiro. Artigos. Rev. Estud. Fem. 31 (1) • 2023 • https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n183266

-UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics. Disponível em <http://www.UNAIDS.org>. Acesso em 17 de Agosto de 2022.

-WHO. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.http://www.who.int/HIV/pub/arv/treatm ent-monitoring-info-2017/ (acessed Dec 20, 2017).

11-APÊNDICES I:

11.1-APÊNDICE 1.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: INOVAÇÃO DE PROCESSO E SUSTENTABILIDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Prezado(a) Senhor(a),

OBJETIVO DO ESTUDO: investigar os aspectos que influenciam no tratamento de pessoas vivendo com HIV, descrever o fluxo de atendimento dessas pessoas e formular novas rotinas de Organização do Fluxo de Serviço/ Atendimento à Pessoas Vivendo com HIV no ambulatório de um Hospital Público Universitário do Estado do Rio de Janeiro.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para investigar o fluxo de seu atendimento no ambulatório e promover a melhoria da qualidade do atendimento. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir em suas atividades laborais ou de estudo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: todas as entrevistas serão gravadas em áudio e um formulário será preenchido pela pesquisadora. 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 pretende promover a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes e facilitar a rotina para profissionais de saúde, graduandos e pós-graduandos da UNIRIO. A partir desse estudo pretende-se elaborar implementar uma Rotina de Organização do Fluxo de Serviço/ Atendimento à Pessoas Vivendo com HIV no ambulatório de um Hospital Público Universitário do Estado do Rio de Janeiro.

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 e também com profissionais da equipe do mesmo ambulatório do HUGG/UNIRIO, sendo a Professora Fabiana Barbosa Assumpção de Souza a pesquisadora principal. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com Fabiana no telefone 2264- 4052, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar 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:_____

11.2- APÊNDICE 1.2 –

HISTÓRICO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG

CLÍNICA MÉDICA B - AMBULATÓRIO DE IMUNOLOGIA

HISTÓRICO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES VIVENDO COM O HIV

Nome:_____**N° Prontuário:**_____
Data Nasc.:____/___/____ **Tel.:** ( )_____
Estado Civil:_____
Grupo Racial: Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Indígena ( )
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Orientação sexual: _____
Identidade de gênero: _____
Data do Diagnóstico:____/___/____

A. DADOS CLÍNICOS:

1. HAS: Sim ( ) Não ( )

2. DM: Sim ( ) Não ( )

3. Outras DCNT: _____

4. Medicamentos de uso contínuo: _____

5. Peso:_____kg; Altura:_____PA:_____mm/hg Tº:_____^{0}C

Circunferência abdominal:_____IMC: _____

B. TIPO DE EXPOSIÇÃO:

1. Transmissão vertical ( )
2. Sexual ( )
3. Ocupacional ( )
4. Uso de drogas injetáveis ( )
5. Transfusional: ( )
6. Não sabe ( )

C. SINAIS E SINTOMAS – HIV:

1. Assintomático ( ) **2.** Anemia ( ) **3.**Diarréia ( ) **4**. Dispneia ( )

5. Perda de Peso ( ) **6.** Febre persistente ( ) **7.** Tosse persistente ( ) **8.** Astenia ( )

9. Dermatite ( ) **10.** Outros _____

D. SINAIS E SINTOMAS – TB:

1. Já teve TB? Sim ( ) Não ( )

2. Concluiu o tratamento de TB?

Sim ( ) Não ( )

E.SINAIS E SINTOMAS – Outras ISTs:

1. Já teve outra IST? Sim ( ) Não( )

Se SIM, qual?_____

2. Realizou e concluiu o tratamento?

Sim ( ) Não ( )

3. Apresenta algum sintoma de IST? _____

F. RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS ANTERIORES:

1. Exame de Carga Viral em

cópias/ml: ( ) < 50 ( ) 50 – 1000

( ) > 1000

Data do exame:____/__/_____

2. Exame de CD4+

( ) < 200 céls/mm^3 ( ) 200 – 350 céls/mm^3 ( ) > 350

céls/mm^3 Data do exame:___/__/__

G. IMUNIZAÇÕES:

1. Tríplice Viral: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

2. Varicela: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

3. Febre Amarela: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

4. dT: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

5. Haemophilus influenzae tipo b: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

6. Hepatite A: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

7. Hepatite B: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

8. Pneumo – 23: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )
9. Influenza: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

10. HPV: Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( )

11. COVID: Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

H. NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS:

1. Apetite alterado? Sim ( ) Não ( ) Se sim, Qual?_____

2. Alteração intestinal? Sim ( ) Não ( ) Se sim, Qual?_____

3. Alteração urinária? Sim ( ) Não ( ) Se sim, Qual?_____

4. Insônia? Sim ( ) Não ( )

5. Utiliza medicamento para dormir? Sim ( ) Não ( )

6. Realiza atividade física? ( ) Uma a três vezes por semana ( ) 3 a 6 vezes por semana ( ) Não

7. Tem parceiro fixo? Sim ( ) Não ( )

7.1) Se **SIM**, parceiro também possui diagnóstico de HIV? Sim ( ) Não ( )

7.1.1) Se **NÃO**, parceiro em uso de PrEP? Sim ( ) Não ( )

8. Você sempre usa camisinha (prática sexo seguro)? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

8.1. Se **NÂO**, por quais motivos ou em que situações você deixa de usar camisinha?

_____

9.Tabagista: Sim ( ) Não ( )

10. Consumo de álcool:

( ) socialmente ( ) diariamente ( ) nenhum

11. Utiliza algum tipo de droga ilícita? Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual? ___

11.1. Se sim, qual a via de administração da droga? _____

I. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:

1.Falou sobre o seu diagnóstico de HIV com alguém ? Sim ( ) Não ( )

2. Como se sente quando fala sobre a doença (HIV?Aids)? _____

3. Existe alguma dúvida sobre o HIV/ tratamento?_____

4. Como você se sente convivendo com (HIV?Aids? Tem alguma dificuldade? _____

5. Costuma se sentir sozinho ou sem apoio?_____

6. No seu ambiente de trabalho alguém sabe sobre seu diagnóstico de HIV? Sim ( ) Não ( )

7. Você já apresentou algum quadro de ansiedade e/ou depressão? Sim ( ) Não ( )

7.1 Se sim, buscou tratamento: Sim ( ) Não ( )

J. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:

1. Participa de algum grupo de apoio**:** Sim ( ) Não ( ) Qual? ( ) Religioso ( ) Social ( ) Psicoterapêutico

1.1. Como se sente hoje participando desses grupos?_____

K. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

1. Já apresentou reação adversa à medicação?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

2. Dificuldade em aderir o tratamento de saúde (TARV?)? Sim ( ) Não ( )

2.1 Sem **SIM**, qual dificuldade? _____

3. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?

Sim ( ) Não ( ) _____

3.1 Se **SIM**, por que razão?_____

4. Houve troca no esquema de tratamento antirretroviral?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

5. Se **SIM**, qual o motivo da troca do esquema de tratamento antirretroviral?

1.( ) Falha terapêutica
2.( ) Evento adverso/intolerância
3.( ) Gravidez
4.( ) Interação medicamentosa
5.( ) Comodidade posológica/switch
6.( ) Intensificação
7.( ) Abandono de Tratamento
8.( ) Outros

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

12- ANEXOS:

12.1-ANEXO I – Parecer do Projeto de Pesquisa

UNIRIO – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INOVAÇÃO DE PROCESSO E SUSTENTABILIDADE EM UM AMBULATÓRIO DE HIV/aids, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Pesquisadora: FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12114419.0.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.410.319