



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Desenvolvimento e implantação de um Manual de Consulta de Enfermagem para Pessoas Vivendo com HIV/aids: Vivência em Serviço de Referência

Michele Rodrigues Carmo¹, Lucélia da Silva Duarte², Polianna Ribeiro Santos³



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p420-482>

Artigo recebido em 6 de Fevereiro e publicado em 6 de Março de 2026

RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO

Assistência de enfermagem a Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) exige uma abordagem que vá além do modelo biomédico, integrando aspectos biopsicossociais e o Processo de Enfermagem (PE) para garantir um cuidado humanizado e de qualidade. A persistência de estigmas, a complexidade do manejo clínico e a necessidade de adesão ao tratamento reforçam a importância da padronização da consulta de enfermagem em serviços de referência. O presente artigo descreve a experiência de desenvolvimento e estruturação do Manual: Consulta de Enfermagem para PVHA - normativas e orientações, contendo diretrizes para o manejo clínico e adesão ao tratamento em um serviço de referência. Trata-se de um Relato de Experiência sobre a construção de um produto tecnológico e educativo em saúde, desenvolvido por uma residente de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Infectologia, entre março de 2024 e outubro de 2025. A fundamentação teórica foi pautada em uma revisão bibliográfica em bases de dados como SciELO, LILACS e BVS. O processo seguiu rigorosamente o fluxograma institucional de 5 etapas (elaboração, revisão, validação, aprovação e publicação) do Hospital Estadual de Doenças Tropicais (HDT). O produto foi submetido à análise do Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ/HDT) e à qualificação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU/HDT). A experiência demonstrou a relevância da integração entre a prática assistencial e os processos normativos internos, garantindo a qualidade técnica e a pertinência institucional do manual. O manual, ao ser disponibilizado eletronicamente, configura-se como uma ferramenta educativa e consultiva fundamental para a uniformização das condutas e a consolidação das boas práticas de enfermagem na assistência integral às PVHA.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. HIV/AIDS. Protocolos Clínicos. Processo de Enfermagem

Development and Implantation of a Nursing Consultation Manual for People Living with HIV/AIDS: Experience in a Reference Service

ABSTRACT

Nursing care for People Living with HIV/aids (PVHA) requires an approach that moves beyond the biomedical model, integrating biopsychosocial aspects and the Nursing Process (NP) to ensure humanized and quality care. The persistence of stigma, the complexity of clinical management, and the need for treatment adherence reinforce the importance of standardizing nursing consultations in reference services. This article describes the experience of developing and structuring the Manual: Nursing Consultation for PVHA - Norms and Guidelines, which contains directives for clinical management and treatment adherence in a Reference Service. This is an Experience Report on the creation of this health education product, developed by a nursing resident of the Multiprofessional Residency Program in Infectology, between March 2024 and October 2025. The theoretical foundation was based on a Bibliographic Review using databases such as SciELO, LILACS, and BVS. The process strictly followed the institutional 5-step flowchart (elaboration, review, validation, approval, and publication) of the Hospital for Tropical Diseases (HDT). The product was submitted for analysis by the Quality Management Service (SGQ/HDT) and for qualification by the Multiprofessional Residency Commission (COREMU/HDT). The experience demonstrated the relevance of integrating resident practice with internal normative processes, ensuring the manual's technical quality and institutional relevance. By being made electronically available, the manual is established as a fundamental educational and consultative tool for standardizing conduct and consolidating good Nursing practices in the comprehensive care of PVHA.

Keywords: Nursing Consultation. HIV/AIDS. Clinical Protocols. Nursing Process

Instituição afiliada – Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad 1
Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad 2
Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad 3

Autor correspondente: Michele Rodrigues Carmo michelerodriguesnurse@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Na década de 80, o mundo passou a conviver com o surgimento de uma doença de graves consequências para os indivíduos acometidos. As informações iniciais sobre as populações mais vulneráveis eram veiculadas pela mídia de forma distorcida e preconceituosa, associando a doença a uma suposta punição dirigida a pessoas homossexuais. Nesse contexto, a enfermidade chegou a ser denominada GRID (*Gay-Related Immunodeficiency*), sendo popularmente conhecida como “peste gay” ou “câncer gay” (Neves et al., 2009). Somente em 1983, Luc Montagnier e Robert Gallo identificaram o agente etiológico da doença, o HIV, Vírus da Imunodeficiência Humana (Nascimento, 2013).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), acometeu grupos considerados prioritários, expandindo-se posteriormente, caracterizando-se como uma pandemia. O HIV é um vírus de origem zoonótica, de formato esférico, com diâmetro entre 100 e 120 nm, pertencente ao gênero *Lentivirinae* e à família *Retroviridae*. Seu núcleo contém duas cópias de RNA de cadeia simples, envoltas pelo capsídeo viral (Dullaers, 2006; Fackler, 2007; Lemos, 2023).

A transmissão do HIV ocorre predominantemente por meio do contato com mucosas do trato genital ou retal durante relações sexuais desprotegidas. Logo após o contágio, o vírus ultrapassa a barreira mucosa e infecta linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas nas primeiras horas da infecção (Brasild, 2023). Os tipos HIV-1 e HIV-2 apresentam tropismo pelos linfócitos T CD4 e estão presentes no sangue e em fluidos corporais de indivíduos infectados. Além da via sexual, a transmissão pode ocorrer por contato com sangue contaminado, via transplacentária ou por meio do aleitamento materno (Paes, et al., 2022).

No Brasil, a detecção de aids cresceu entre homens jovens nos últimos anos. Dados de 2010 a 2020 mostram um aumento de 29% na faixa etária de 15 a 19 anos e de 20,2% entre 20 e 24 anos. Outra mudança importante ocorreu no perfil etário: em 2020, a maior taxa foi de 43,2 casos por 100 mil habitantes entre homens de 25 a 29 anos, superando as faixas de 30 a 39 anos, que lideravam as estatísticas até 2016 (Brasila, 2021). Quanto ao sexo, 70,5% dos casos ocorreram em homens e 29,5% em mulheres, evidenciando uma razão de 28 homens para cada dez mulheres, em contraste com a razão de 14:10 observada em 2007 (Brasilf, 2023).

Apesar dos avanços científicos, persistem lacunas que dificultam a efetividade das ações de cuidado, tais como a fragmentação dos programas, a predominância do modelo biomédico, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e suporte social, além da discriminação e exclusão social das PVHIV e populações-chave das políticas públicas (Lucas, 2023). Assim, não basta que os profissionais de saúde dominem os protocolos técnicos; torna-se imprescindível a compreensão e a intervenção sobre os aspectos biopsicossociais envolvidos no cuidado.

Nesse contexto, quando a demanda por atendimento supera a capacidade dos serviços, observa-se comprometimento da qualidade do cuidado, reforçando a necessidade de reavaliação e fortalecimento das políticas públicas de saúde (Angelim, 2019; Wan et al., 2025).

Diante desse cenário, destaca-se a importância da assistência de enfermagem para às PVHA, a implementação do Processo de Enfermagem (PE) subsidia um cuidado qualificado, ultrapassando a dimensão biológica e contempla aspectos relacionados à dignidade, cidadania e qualidade de vida. O PE, apoiado pela taxonomia da NANDA International, fortalece a prática da enfermagem ao considerar diferentes contextos culturais e sociais (Santana et al., 2023).

Dessa forma, o desenvolvimento de um manual contendo roteiros e rotinas para a consulta de enfermagem voltado às pessoas vivendo com HIV/aids mostra-se essencial para qualificar a assistência prestada. Esse instrumento contribui para a sistematização do cuidado, fundamentado em evidências científicas, promovendo um atendimento humanizado, integral e centrado nas necessidades individuais, além de favorecer a melhoria contínua da qualidade de vida dessa população.

OBJETIVO

Diante das lacunas identificadas na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, este estudo propõe a criação e implementação de um manual para a padronização das consultas de enfermagem, fundamentado em normativas e orientações técnico-científicas voltadas ao manejo clínico e ao fortalecimento da adesão ao tratamento, considerando os aspectos biopsicossociais dessa população.

METODOLOGIA



Para a elaboração do Manual: Consulta de Enfermagem para PVHIV - normativas e orientações; foi solicitado ao Serviço de Gestão da Qualidade(SGQ/HDT) do hospital de referência em infectologia, para análise e revisão do projeto, em outubro de 2024. Por não se tratar de pesquisa científica envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, não se fez necessário a submissão na plataforma Brasil. O manual foi encaminhado ao setor de gestão de qualidade para análise final.

A construção do manual ocorreu entre o período de março de 2024 a outubro de 2025. Seguiu o modelo e fluxograma para elaboração de documentos do setor de qualidade do hospital onde ocorreu a vivência prática. Foi disponibilizado eletronicamente em pasta pública da instituição; direcionado ao Setor de Qualidade; para leitura, validação e aprovação via email em um primeiro momento, após a análise administrativa foi colocado no sistema EPIMED, para validação final. Após o envio, o manual foi apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU/HDT, para qualificação, sendo esta fase uma exigência da Residência.

O manual denominado consulta de enfermagem para PVHIV: normativas e orientações, foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica realizada entre março de 2024 e agosto de 2025. Bases de dados em saúde como Scielo, Lilacs, BVS, entre outras, foram consultadas para fundamentar teoricamente o conteúdo deste produto. Foi produzido pela residente de enfermagem como material didático consultivo, inserido na categoria de produto tecnológico e educativo em saúde, sendo parte integrante do seu trabalho final no programa de residência multiprofissional em infectologia. Além do Manual, será disponibilizado um roteiro para a consulta de enfermagem para PVHIV.

O fluxograma para elaboração e publicação de documentos internos na instituição, é composto por 5 etapas: elaboração, revisão, validação, aprovação e publicação.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O processo de elaboração do Manual: Consulta de Enfermagem para PVHIV - Normativas e Orientações. Foi desenvolvido pela residente de Enfermagem como produto tecnológico e educativo em saúde, sendo parte integrante do seu trabalho final no Programa de Residência Multiprofissional em Infectologia; a elaboração deste produto objetivou

qualificar os enfermeiros da instituição para uma assistência de enfermagem em campo clínico especializado.

Etapa 1: a primeira etapa de construção do manual foi a elaboração e fundamentação teórica: a fase inicial, consistiu em uma Revisão Bibliográfica aprofundada, nas bases de dados consultadas bases de dados em saúde de grande relevância, como SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Up To Date para garantir o fundamentado teórico do conteúdo e o alinhamento com as normativas mais recentes. Por se tratar de um material de caráter instrutivo e normativo interno da instituição e por não envolver pesquisa com seres humanos, foi formalmente determinado, conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012, que não seria necessária a submissão à Plataforma Brasil. O produto final (manual), contém 12 capítulos com temas de maior relevância científica na prática clínica de enfermagem, específica ao HIV/aids. Além do manual, foi construído pelas autoras um roteiro para a realização da consulta de enfermagem, estruturado conforme o processo de enfermagem.

Etapa 2: Na segunda etapa (Revisão), nessa etapa o manual foi encaminhado ao setor responsável. Neste setor foi avaliado a viabilidade do produto e necessidade de aplicação na unidade; bem como correções estruturais, gramaticais e científicas para se adequar ao modelo institucional padrão. Após realizadas as correções institucionais foram encaminhadas novamente para o setor e foi dado o passo seguinte conforme o fluxo institucional.

Etapa 3: Na terceira etapa (validação), o produto final, já adequado ao padrão da instituição, foi encaminhado via sistema interno administrativo, para os gestores dos setores onde foi realizado a implantação do manual aplicado, (ambulatório e acolhimento).

Etapas 4 e 5 : a quarta e quinta (Aprovação e disponibilização) etapa teve aprovação favorável dos gestores, que encaminharam e responderam favoravelmente ao setor responsável pela gestão de protocolos e manuais para a publicação na pasta pública, onde todos os colaboradores têm acesso manual, e poderá ser usado livremente na instituição. O manual ficará disponível por 2 anos, após a data de publicação. Após este período será necessária a atualização.

A experiência de construção do manual evidenciou a importância da integração entre a



prática assistencial da residente e as normas internas da instituição. O processo de validação em múltiplas instâncias assegurou a qualidade técnica, a coerência científica e a aplicabilidade prática do material. Ademais, a contribuição de profissionais de enfermagem, tanto da área assistencial quanto da docência, foi fundamental para o registro de experiências fundamentadas em evidências científicas.

Após sua aprovação, o Manual “Consulta de Enfermagem para PVHIV: Normativas e Orientações” será disponibilizado eletronicamente em pasta pública da instituição, garantindo que as orientações qualificadas alcancem todos os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência às pessoas vivendo com HIV.

DISCUSSÃO

O HIV e a aids configuram-se como importantes agravos de saúde pública, sendo de notificação compulsória no Brasil, com o objetivo de aprimorar o monitoramento dos casos, identificar tendências epidemiológicas e subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção e ao cuidado integral (Brasil, 2022). As estratégias de testagem têm papel central nesse contexto, uma vez que possibilitam o diagnóstico precoce, inclusive em indivíduos assintomáticos, período em que o vírus permanece ativo, com replicação contínua e estabelecimento de reservatórios virais em tecidos linfáticos (Elliott & Lewin, 2022; NIH, 2023).

O diagnóstico oportuno, aliado ao início imediato da terapia antirretroviral (TARV), constitui um dos principais pilares no enfrentamento da infecção pelo HIV, contribuindo para a redução da morbimortalidade, prevenção da progressão para a aids e melhoria da qualidade e expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Apesar dos avanços terapêuticos, o HIV permanece como uma condição crônica, demandando acompanhamento contínuo e adesão rigorosa ao tratamento. Nesse cenário, desafios como efeitos adversos dos medicamentos, resistência viral, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigma social e discriminação ainda impactam negativamente a adesão e a continuidade do cuidado (Costa et al., 2021; Perger et al., 2025).

No contexto brasileiro, embora se observe redução na taxa de detecção da aids a partir de 2012, a epidemia mantém-se concentrada em populações historicamente mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do

sexo, usuários de substâncias psicoativas e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Esses dados evidenciam processos de pauperização, feminização, interiorização e juvenilização da epidemia, reforçando a necessidade de estratégias de cuidado que considerem os determinantes sociais da saúde (Neto, et, al, 2020). A epidemia de HIV continua a afetar desproporcionalmente populações vulneráveis (Stuardo et al, 2025). O acesso universal e gratuito à TARV, garantido no Brasil desde 1996, representa um marco no enfrentamento da epidemia, reafirmando o compromisso do Estado com os direitos humanos e a equidade no cuidado em saúde (Maia & Junior, 2019). Este acesso à terapia antirretroviral (TARV), de longa data, reafirmando o compromisso do Estado com os direitos humanos e a equidade no cuidado em saúde (UNAIDS, 2025).

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, dados recentes indicam que as metas globais 95–95–95, propostas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), ainda não foram plenamente alcançadas, especialmente em países de renda média, como o Brasil. Tal cenário evidencia a persistência de lacunas relacionadas ao diagnóstico oportuno, início do tratamento e alcance da supressão viral sustentada (UNAIDS, 2023). Nesse sentido, a ampliação das estratégias de prevenção combinada, incluindo a profilaxia pré-exposição (PrEP), a profilaxia pós-exposição (PEP), o incentivo ao uso de preservativos e a educação em saúde, torna-se fundamental para a redução da transmissão do HIV (Brasil, 2024).

A assistência de enfermagem assume papel estratégico nesse contexto, especialmente no que se refere à testagem, notificação dos casos, acompanhamento clínico e fortalecimento da adesão ao tratamento. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), operacionalizada por meio do Processo de Enfermagem, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024, possibilita a oferta de um cuidado integral, contínuo e individualizado, considerando não apenas os aspectos biológicos da infecção, mas também as dimensões psicológicas, sociais e culturais que permeiam o viver com HIV. Dessa forma, o enfermeiro contribui diretamente para a qualificação da assistência, redução do estigma, promoção do autocuidado e fortalecimento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Manual: Consulta de Enfermagem para PVHIV: Normativas e Orientações



materializa o conhecimento teórico-prático adquirido na Residência Multiprofissional em Infectologia, reafirmando o compromisso da Enfermagem na qualificação da assistência a Pessoas Vivendo com HIV/aids.

O rigor metodológico adotado, pautado na revisão bibliográfica robusta e na estrita observância do fluxograma do SGQ/HDT, garantiu a validade técnica e a relevância institucional do produto final.

A experiência demonstrou que a integração do residente aos processos normativos internos e o subsequente processo de validação pela COREMU e pelo Setor de Qualidade são etapas cruciais que transcendem a exigência curricular, conferindo o selo de qualidade necessário para sua implementação.

Desta forma, o manual se estabelece como uma ferramenta educativa e consultiva fundamental, que, ao ser disponibilizada eletronicamente, contribui diretamente para a uniformização das condutas, a promoção da assistência integral e a consolidação das boas práticas de Enfermagem no âmbito especializado em HIV/aids.

Vale ressaltar a importância da criação de instrumentos didáticos voltados para a assistência à saúde, valorizando o conhecimento adquirido nos anos de realização da residência e, notoriamente, a retribuição ao campo de prática.

REFERÊNCIA

ANGELIM, R. C. M. *et al.* Representations and care practices of health professionals for people with HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 53, e03478, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017903478>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv.pdf.

Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASILc. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST: recurso eletrônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022.

BRASILd. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Número Especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2023.

BRASILE. Ministério da Saúde. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tuberculose-atencao-primaria-saude-protocolo-enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRÁSÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **HIV/Aids – Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/hiv-aids>. Acesso em: 20 jan. 2026.

Centers for disease control and prevention (CDC). **About HIV**. Atlanta, CDC. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>. Acesso em: 5 nov. 2025.

DULLAERS, M.; THIELEMANS, K. From pathogen to medicine: HIV-1-derived lentiviral vectors as vehicles for dendritic cell based cancer immunotherapy. **Journal of Gene Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 1, 2006.

ELLIOTT, J. H.; LEWIN, S. R. HIV persistence and reservoirs. **Current Opinion in HIV and AIDS**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 196–204, 2022.

FACKLER, O. T.; ALCOVER, A.; SCHWARTZ, O. Modulation of the immunological synapse: a key to HIV-1 pathogenesis? **Nature Reviews Immunology**, [s. l.], v. 7, 2007.

LEMOS, E. R. S. *et al* (ed.). **Tópicos em Virologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2023. (Coleção BIO).

LUCAS, M. C. V.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33053, 2023.

MAIA, Érica Catarine Ataíde; REIS JUNIOR, Leandro Passarinho. Modos de enfrentamento do HIV/Aids: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity**, Belém, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.

NASCIMENTO NETO, Mary Anne do. **Memórias da equipe de enfermagem na primeira década da epidemia da Aids**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.



NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **AIDS INFO**: Doença do Complexo Mycobacterium avium Disseminado. EUA: NIH, 2025.

NETO, Lauro Ferreira da Silva Pinto *et al.* Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: HIV infection in adolescents and adults. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020588, 2021.

NEVES, Claudinéa Lacerda da Rosa *et al.* The nursing care of the client with HIV/AIDS in a university hospital in the 1980's. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], p. 299-316, 2009.

PAES, Eduardo *et al.* **Atenção Primária à Saúde Transmissíveis**: guia rápido infecção pelo HIV e AIDS. 3. ed. Rio de Janeiro: Saúde Pública Carioca, 2022.

UNAIDS. **The path that ends AIDS**: UNAIDS global AIDS update 2023. Geneva: UNAIDS, 2023.

WAN, T. T. H. et al. Targeting health service use and policy optimization to improve quality and equity in healthcare delivery. **Frontiers in Public Health**, v. 13, 2025. Acesso em: 24 de Jan de 2026.

UNAIDS. UNAIDS Brazil clarifies that HIV testing, prevention, treatment and support services are fully covered and guaranteed by the Unified Health System. **UNAIDS**, 2025. Acesso em: 24 de Jan de 2026.

PERGER, T. et al. Impact of HIV-Related Stigma on Antiretroviral Therapy Adherence, Engagement and Retention in HIV Care, and Transition to Adult HIV Care in Pediatric and Young Adult Populations Living With HIV: A Literature Review. **AIDS and Behavior**, 29: 497–516, 2025. Acesso em: 24 de Jan de 2026.

Stuardo Á., V.; Apffel F, O.; León C., Á.; et al. Impact of COVID-19 on key populations and people living with HIV: recommendations and sociopolitical responses from the EPIC community research program in Latin America. **BMC Public Health**, 25, 971. 2025. Acesso em: 24 de Jan de 2026.

APÊNDICE

**Programa de Residência em Área Profissional da Saúde
Atenção Clínica Especializada - Modalidade Multiprofissional
Área de Concentração em Infectologia**

**Michele Rodrigues Carmo
Lucélia da Silva Duarte**

**Manual de
Consulta de
Enfermagem
PVHA
Normativas e
Orientações**

2025

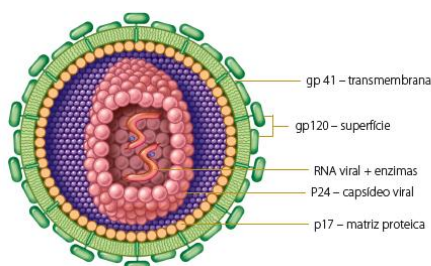
1- CICLO DE TRANSMISSÃO E ESTRUTURA DO VÍRUS

A Síndrome da Imunodeficiência ou como popularmente é conhecida aids, é ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável por afetar o sistema imunológico dos pacientes e acarretando no surgimento de diversas doenças oportunistas que podem ocasionar na diminuição da qualidade de vida e pode evoluir para óbito (Chávare, et. al, 2024).

Na década de 80, o mundo conheceu uma doença com consequências graves aos que acometiam. As informações referentes à população vulnerável, eram veiculadas na mídia de maneira distorcida e preconceituosa trazendo associação da doença como penitência a homossexuais, chegando a ser nominada GRID do inglês *Gay related immunodeficiency* veiculada popularmente como “peste gay” / “câncer gay” (Neves *et.al*, 2009). O CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças nos Estados Unidos) registrou os primeiros casos clínicos de pneumonia causados por agente oportunista em grupo de homossexuais previamente saudáveis: surgindo da AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CDC, 1982; Greco, 2016).

Em 1983 os cientistas Luc Montagnier, na França, e Robert Gallo, nos EUA, publicaram sobre o causador da doença, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Nascimento, 2005). Foi isolado um vírus que possui a capacidade de realizar a transcriptase reversa, tal descoberta foi possível por pacientes que apresentavam linfadenopatia persistente em pacientes com aids. Descobrimo, por conseguinte, a presença do vírus em indivíduos assintomáticos. No princípio, o vírus foi denominado de **LAV** (vírus associado à linfadenopatia), posteriormente chamado de **HTLV-III** (vírus da leucemia/linfopatia de células T humano tipo III) e **ARV** (vírus retroviral associado à AIDS). Em 1986, foi designado o nome vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Também em 1986, um novo retrovírus foi isolado, por meio de amostras de dois pacientes com aids que eram da África Ocidental. Esse vírus passou a ser chamado de vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HIV-2) (Veronesi, 2015 pg 165).

Fonte:



Veronesi, 2015 pg 165

25 nm

No interior do vírus, encontramos:

Proteína Matriz (p17): uma camada proteica que reveste o capsídeo viral.

Capsídeo Viral (p24): estrutura proteica que contém o material genético do vírus.

Material Genético: duas moléculas de RNA que carregam as informações necessárias para a replicação viral.

Enzimas Virais: três enzimas essenciais para o ciclo viral: protease, transcriptase reversa e integrase.

Proteínas Nucleares (p7 e p6): dois componentes proteicos que desempenham papéis cruciais na replicação e transcrição do genoma viral.

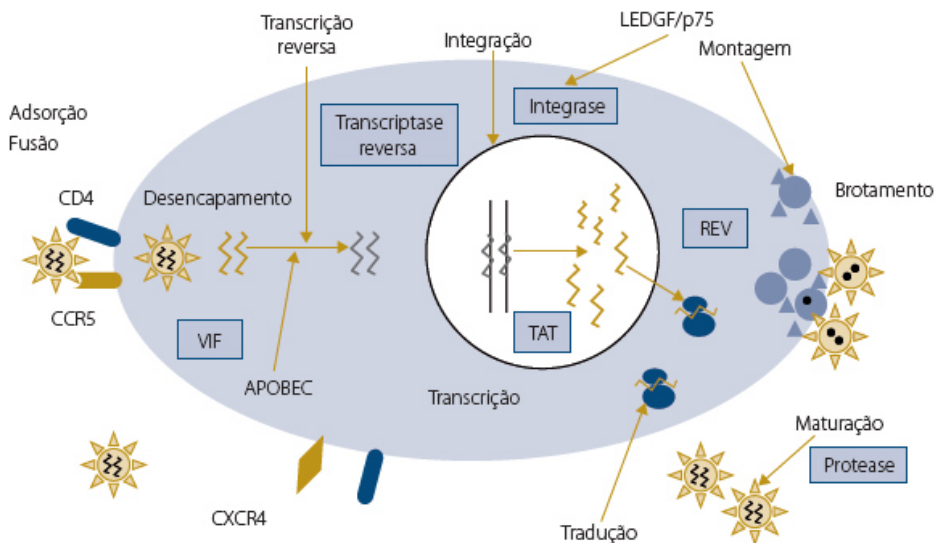
O vírus HIV, possui uma forma esférica e mede entre 100 a 120 nm de diâmetro. Pertence ao grupo *Lentivirinae* e à família *Retroviridae*; seu núcleo, contém duas cópias de RNA de cadeia simples encapsuladas pelo núcleo-cápsídeo (Dullaers, 2006; Fackler, 2007). O HIV possui origem zoonótica (Lemos, 2023). Sua superfície é composta por uma membrana derivada da célula hospedeira, onde estão ancoradas duas proteínas essenciais: a gp120, responsável pela ligação ao receptor da célula hospedeira, e a gp41, que facilita a fusão da membrana viral com a membrana da célula hospedeira. (Veronesi, 2015 pg 165).

O vírus da imunodeficiência humana tipo HIV1 e tipo HIV2 tem como foco os linfócitos T com receptores CD4. Este patógeno está presente no sangue ou em fluidos corporais de indivíduos infectados. Sua transmissão ocorre por via predominantemente sexual, através do sêmen, secreção vaginal; mas alguns casos acontecem mediante o contato com sangue contaminado, ou pela via transplacentária ou pelo aleitamento materno (Paes *et. al*, 2022).

O vírus da imunodeficiência humana tipo HIV1 e tipo HIV2 tem como foco os linfócitos T com receptores do CD4. Este patógeno está presente no sangue ou em fluidos corporais de indivíduos infectados. Sua transmissão ocorre por via predominantemente sexual, através das mucosas do trato genital ou retal, durante relações sexuais. Através do sêmen, secreção vaginal; mas alguns casos acontecem mediante o contato com sangue contaminado, ou pela via transplacentária e/ou pelo aleitamento materno. O vírus consegue ultrapassar a barreira mucosa para infectar os linfócitos TCD4+, macrófagos e células dendríticas nas primeiras horas (Paes *et. al*, 2022; Brasilc, 2023).

Na sua replicação se liga a um receptor chamado CD4 e também a outros co-receptores, (CCR5 e o CXCR4). Após sua entrada na célula hospedeira, passa por um processo chamado transcrição reversa (TR), onde a enzima TR auxilia a formar o DNA complementar. O DNA formado é então integrado ao genoma da célula por outra enzima chamada integrase. Dentro da célula, o vírus pode se inativar por algum tempo ou começar a se reproduzir. Isso acontece pela produção das proteínas virais e do RNA genômico, e essa expressão é controlada por enzimas chamadas Tat e Rev. As proteínas virais se acumulam perto da membrana da célula, onde elas se juntam para formar novas partículas virais e, em seguida, essas partículas saem da célula. Além disso, proteínas como a APOBEC (apolipoproteína B mRNA editing catalytic polypeptide-like) do próprio hospedeiro podem interferir no ciclo de replicação, inibindo o vírus, e as

proteínas LEDGF e p75 podem ajudar no ciclo de replicação (Veronesi, 2015 pg 167). Nesse processo existe a fase de latência do HIV, que consiste no período em que o vírus continua ativo; em replicação viral lenta.



Replicação do HIV

Fonte: (Veronesi, 2015 pág 167).

As células T de memória são conhecidas por abrigar o HIV-1 latente. A evolução dos diferentes subgrupos de células T CD4+ ainda não está totalmente esclarecida; o sangue periférico possui reservatórios bem definidos do HIV-1. O HIV latente também pode ser encontrado nos tecidos linfóides. A pesquisa sobre o reservatório do HIV-1 tem sido focada principalmente no sangue periférico, onde estão presentes a maioria dos subgrupos de células T de memória (Muniz, 2022).

O ciclo do HIV é um processo complexo que envolve a replicação viral, a transcrição e a tradução dos genes virais. A transmissão mais comum do HIV ocorre através das mucosas do trato genital ou retal, durante relações sexuais; logo após o contágio sexual, o vírus consegue ultrapassar a barreira mucosa para infectar os linfócitos TCD4+, macrófagos e células dendríticas nas primeiras horas (Brasilc, 2023). Desta forma, a transmissão do HIV ocorre principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, materiais perfurocortantes contaminados e/ou transmissão vertical durante a gravidez, parto e/ou amamentação. A compreensão do ciclo e da transmissão do HIV é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção. Além disso, a conscientização e a educação sobre o HIV são essenciais para reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/Aids.

2- TARV



Fonte: A Hora é Agora, 2025 (adaptada).

O tratamento antirretroviral (TARV) tem como principal objetivo reduzir a quantidade de vírus presente no organismo da pessoa que vive com HIV. Quando a carga viral atinge níveis indetectáveis, o risco de transmissão torna-se extremamente baixo. Além disso, a adesão ao TARV contribui para a melhora da saúde geral e para o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (Piran et al., 2025)

Embora o tratamento para HIV/Aids tenha avançado, a doença ainda é motivo de estigmatização. Esse estigma provoca discriminação e limita as relações sociais e afetivas dos pacientes, apesar das campanhas de conscientização para combater a desinformação. (UNAIDSd, 2019).

O tratamento antirretroviral foi um avanço crucial no combate ao HIV/Aids, oferecendo melhorias significativas na saúde e na qualidade de vida dos pacientes. A combinação de diversos medicamentos antirretrovirais é eficaz no controle da replicação viral, no fortalecimento do sistema imunológico e na

desaceleração da progressão da doença. Avaliar detalhadamente essas terapias, considerando sua eficácia, impacto na qualidade de vida e custos associados, proporciona informações valiosas para aprimorar o cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e para a formulação de políticas públicas eficazes. A análise criteriosa das opções terapêuticas ajuda a otimizar o tratamento e a desenvolver estratégias mais eficientes para enfrentar o HIV/Aids (Marinho, 2023).

O acesso aos medicamentos confirmava a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1996 pressionado pelos movimentos sociais e apoiado pela universidade, o governo brasileiro sancionou uma lei dispoendo sobre a obrigação do Estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para o tratamento das PVHA; adotando a política do direito ao acesso aos medicamentos antirretrovirais no SUS. A disponibilização dos remédios reiterou o compromisso com os direitos sociais e humanos estabelecidos na Carta Magna de 1988 e nos princípios do SUS. Em 1996, sob pressão dos movimentos sociais e com o respaldo da comunidade científica, o governo do Brasil aprovou uma legislação que determinava a responsabilidade do estado em oferecer, de forma universal e gratuita, os remédios para o tratamento das PVHA, seguindo a política de garantia do acesso aos medicamentos antirretrovirais no SUS (Maia e Reis, 2019).

A maior disseminação de informações precisas possibilita uma compreensão aprimorada de que o tratamento eficaz atua também como medida preventiva. Dessa forma, a população tende a sentir-se mais segura e a participar de um conjunto ampliado de ações voltadas à prevenção da transmissão do vírus (Lion, et. al, 2023).

Avanços significativos foram obtidos no âmbito da terapia antirretroviral, resultando na incorporação de mais de trinta medicamentos antirretrovirais na prática clínica. Atualmente, a terapia antirretroviral de combinação (cART), que consiste na administração simultânea de três ou mais fármacos com mecanismos de ação distintos para o controle do HIV-1, tem sido objeto de ampla investigação. Essa estratégia cerceia a replicação viral, impede a progressão para aids, reduz as taxas de transmissão e diminui a morbidade e mortalidade associadas ao vírus. Entretanto, a cART não é capaz de eliminar completamente o vírus, devido à presença de reservatórios persistentes em células T CD4+ de memória infectadas em estado quiescente. Assim sendo, a terapia antirretroviral caracteriza-se como uma intervenção contínua, o que impõe desafios relacionados à adesão ao tratamento e ao desenvolvimento de resistência medicamentosa. Dessa forma, torna-se fundamental a pesquisa e desenvolvimento de novos agentes antirretrovirais com mecanismos de ação inovadores (Sun et al., 2021). O estudo confirma a eficácia da supressão viral por meio da simplificação terapêutica em contexto realçando a relevância de uma adesão adequada ao regime medicamentoso para o alcance dos objetivos da TARV

A estratégia de simplificação utilizando a combinação 3TC/DTG demonstrou-se segura como alternativa terapêutica na ausência de outros inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos (ITRN), especialmente em pacientes idosos previamente submetidos a diferentes protocolos e portadores de comorbidades metabólicas frequentemente tratadas com múltiplas medicações, com o objetivo de minimizar interações medicamentosas e efeitos adversos. Estudos longitudinais são necessários para validar a manutenção dessa eficácia ao longo do tempo (Vasconcelos et al., 2022).

No decorrer dessa epidemia surgiram grandes avanços no tratamento de HIV/Aids. Mediante a tal fato é possível observar que a adesão vem sendo favorável, todavia o HIV vem tendo aumentos consideráveis, reforçando o crescimento de políticas educativas e campanhas, com foco na população jovem e na idosa (Oliveira *et. al.*, 2019; Fonseca *et. al.*, 2024).

Na 110ª Reunião Ordinária do Plenário da Conitec, realizada em 6 de julho de 2022, foi apresentado um relatório com o objetivo de esclarecer uma contribuição recebida na Consulta Pública sobre o PCDT. Essa sugestão pedia a inclusão de outros profissionais de saúde, além dos médicos e enfermeiros, na prescrição da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). No final, o documento manteve a decisão de que a prescrição da PrEP continue sendo responsabilidade de médicos e enfermeiros no âmbito do SUS (CONITEC, 2022).

A Profilaxia Pré-Exposição, conhecida como PrEP, é um método que utiliza medicamentos antirretrovirais (ARV) tomados por via oral com o objetivo de diminuir as chances de contrair o HIV. Essa estratégia é especialmente recomendada em situações de violência sexual ou em casos de acidentes envolvendo materiais biológicos. Recentemente, houve uma atualização nas orientações para o uso da PrEP no Brasil. Agora, ela é indicada para todos os adultos e adolescentes que estejam sexualmente ativos e apresentem um risco maior de infecção pelo HIV. Além disso, a forma de usar o medicamento foi ajustada: no primeiro dia, deve-se tomar duas doses de fumarato de tenofovir desoproxila/emtricitabina (TDF/FTC), e depois seguir com uma dose diária. Também tiveram mudanças procedimentos para o acompanhamento laboratorial dos usuários (Brasilc, 2024).

A profilaxia pré-exposição (PrEP) constitui uma estratégia de prevenção disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), visando reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas estabelecidas para o controle da epidemia. Entretanto, para que essa abordagem se revele efetiva, torna-se imprescindível ampliar a população de risco aos serviços de saúde, assegurando um acolhimento integral e garantindo seus direitos a uma assistência de qualidade (Brasília, 2022).

A chance de manter o vírus sob controle está diretamente ligada à regularidade nas consultas e no correto tratamento anti-retroviral. Quando essa adesão é consistente, a gente consegue ver melhorias duradouras na saúde ao longo do tempo (Piran et al., 2025).

3. DIFERENÇA ENTRE HIV E AIDS



Fonte: Construído pela autora

Durante a assistência de enfermagem rotineiramente deparamos com a rotulação de paciente, muitas vezes estimulada pelo preconceito. É dever do enfermeiro esclarecer a população e principalmente os PVHA; as orientações devem ser acerca da prevenção, diagnóstico, quadro clínico, adesão ao tratamento e situação clínica que o indivíduo se encontra: HIV ou Aids; ressaltando a diferença entre as duas situações.

O HIV, ou Vírus da Imunodeficiência Humana, é o vírus causador da aids conhecida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ele atua prejudicando o nosso sistema de defesa ao infectar e destruir linfócitos CD4 +, que são células essenciais para nos proteger de doenças. Isso acontece quando o imunológico fica bastante fragilizado abrindo caminho para doenças oportunistas como pneumocistose, neurotoxoplasmose e tuberculose. Se não tratadas, essas doenças podem deixar sequelas permanentes ou até levar à morte. É importante entender que ter o HIV no organismo não significa, necessariamente, que a pessoa vai desenvolver a aids. Muitas pessoas convivem com o vírus sem apresentar sintomas, embora possam transmitir-lo a outras pessoas. Por isso, fazer exames regularmente e seguir medidas de prevenção são passos fundamentais para evitar a transmissão e impedir que a infecção evolua (CDC, 2025).

RELAÇÃO: o HIV é a infecção viral, enquanto a aids é a condição resultante da progressão da doença sem tratamento adequado. Com o tratamento antirretroviral, é possível controlar o HIV e evitar que a infecção progride para a aids. A aids é o agravamento da infecção pelo HIV, marcado por grande comprometimento do sistema imunológico do paciente, propiciando o surgimento de doenças oportunistas causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e neoplasias, nessa perspectiva o paciente com aids, necessita de uma assistência multidisciplinar (Campany, 2021).

4. HIV E DOENÇAS OPORTUNISTAS



Fonte: Amanda Perobelli/Reuters, 2020.

A infecção pelo HIV, causa mudanças no corpo de quem é infectado, levando ao aparecimento de sintomas específicos em diferentes fases, desde os primeiros momentos até os estágios mais avançados da aids (Duarte et al., 2023). Com o tempo, essa infecção vai enfraquecendo de forma gradual o sistema imunológico, o que faz com que as pessoas vivendo com HIV/Aids fiquem mais suscetíveis a diversas infecções oportunistas e também a alguns tipos de câncer, que normalmente são raros em pessoas com o sistema imunológico saudável.

As doenças oportunistas (DO) são manifestações clínicas que acontecem quando o sistema imunológico está enfraquecido, especialmente quando a contagem de células CD4 está abaixo de 200 células por microlitro. Nessas situações, sintomas que inicialmente podem parecer pouco específicos tendem a se tornar mais intensos, levando ao surgimento de enfermidades que ajudam a identificar a aids. Hoje em dia, graças à ampla disponibilidade da TARV, o panorama da infecção pelo HIV mudou, com uma redução expressiva na frequência e na gravidade das DO. Ainda assim, elas continuam representando um desafio importante, principalmente em casos de diagnóstico tardio, falhas no tratamento ou dificuldades na adesão ao uso regular da terapia antirretroviral (Cachay et al., 2025).

Identificar precocemente essas condições e adotar o manejo adequado faz toda a diferença na melhora da qualidade de vida e na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids. Para isso, é fundamental que o profissional de enfermagem tenha um entendimento profundo sobre os agentes etiológicos, as manifestações clínicas, os métodos de diagnóstico e as abordagens terapêuticas e preventivas. Desde a graduação, aprendemos que o papel do enfermeiro vai além do cuidado técnico: somos também educadores, responsáveis por orientar, prevenir e promover a saúde. Quando cuidamos de pacientes com HIV/Aids é importante levar em consideração as questões psico-sociais e espirituais que os envolvem. Conhecer as doenças oportunistas e suas formas de prevenção é a melhor maneira de orientar nossos pacientes, ajudando-os a cuidar de si mesmos e a manterem a saúde sob controle.

As doenças oportunistas, que aparecem devido à fragilidade do sistema imunológico, envolvem diferentes tipos de infecções. Entre as fúngicas, destacam-se a Candidíase, a Criptococose, a Pneumocistose e a Histoplasmose. No âmbito das infecções bacterianas, temos a Tuberculose (TB), o Complexo *Mycobacterium avium* (MAC), além de pneumonia recorrente causada por agentes como *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*, além de infecções por *Salmonella* não Typhi. As infecções virais incluem a Doença pelo Citomegalovírus (CMV), Herpes Simples em seus tipos 1 e 2, além do Mpx. Entre as protozooses, a Toxoplasmose Cerebral é uma das mais graves. Para finalizar, as neoplasias associadas ao HIV e que definem a AIDS — como o Sarcoma de Kaposi e os Linfomas não Hodgkin — também fazem parte desse grupo de condições oportunistas (Cachay et al., 2025; EUA, 2025).

A tabela a seguir detalha cada uma dessas doenças, abordando seus agentes, e o respectivo nível de CD4 de risco; manifestações clínicas, métodos diagnósticos, tratamento e, crucialmente para a enfermagem, os cuidados essenciais.

Agente Etiológico	Nível de CD4 Típico de Risco	Principais Manifestações Clínicas	Métodos Diagnósticos Comuns	Tratamento e/ou Profilaxia Comum	Cuidados de Enfermagem Essenciais
-------------------	------------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

<i>Candida albicans</i> (fungo, e outras espécies)	Variável; esofágica geralmente < 200 células/mm ³	Orofaringea: Placas brancas, dor, disfagia. Esofágica: Disfagia, odinofagia, dor retroesternal. Vaginal: Prurido, corrimento.	Clínico, raspagem de lesões, Endoscopia (para esofágica).	Fluconazol (oral ou tópico). Sem profilaxia primária rotineira.	Avaliar dor e disfagia/odinofagia. Orientar higiene oral rigorosa (escovação suave, bochechos). Administrar antifúngicos (tópicos/sistêmicos) e monitorar adesão/efeitos. Orientar sobre alimentação pastosa/líquida, fria.
<i>Cryptococcus neoformans / gattii</i> (fungo encapsulado)	< 100 células/mm ³	Meningoencefalite: Cefaleia, febre, náuseas, vômitos, alteração de consciência, rigidez de nuca. Pneumonia, doença disseminada.	Pesquisa de Antígeno Criptocócico (CrAg) no LCR/soro, cultura de LCR/sangue, exame direto do LCR (tinta da china).	Anfotericina B + Flucitosina (indução), seguido de Fluconazol. Punções lombares terapêuticas.	Monitorar sinais vitais e neurológicos (nível de consciência, cefaleia, convulsões). Administrar antifúngicos (Anfotericina B requer monitoramento rigoroso de função renal, eletrólitos, infusão lenta). Auxiliar em punções lombares e monitorar pressão intracraniana. Orientar sobre a adesão ao tratamento prolongado.
<i>Pneumocystis jirovecii</i> (fungo atípico)	< 200 células/mm ³	Febre, tosse seca, dispneia progressiva, hipoxemia.	Pesquisa do agente em Lavado Broncoalveolar (LBA) ou escarro induzido, PCR. Radiografia/TC de tórax (infiltrado em vidro fosco).	Sulfametoxazol-Trimetoprim (SMX-TMP). Corticosteróides para casos moderados/graves. Profilaxia primária com SMX-TMP se CD4 < 200.	Monitorar sinais de desconforto respiratório (FR, SpO ₂ , uso de musculatura acessória). Administrar oxigenoterapia. Avaliar tosse e dispneia. Administrar SMX-TMP e corticosteróides, monitorando efeitos adversos (rash, supressão medular). Orientar sobre profilaxia.
<i>Histoplasma capsulatum</i> (fungo dimórfico)	< 150 células/mm ³	Principalmente disseminar: Febre, perda de peso, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, anemia. Pode haver pneumonia, lesões cutâneas.	Pesquisa de Antígeno de Histoplasma na urina/soro, cultura de sangue/medula óssea/biópsias, histopatologia.	Anfotericina B (grave/disseminada), seguido de Itraconazol.	Monitorar sinais vitais (febre, sudorese). Avaliar estado nutricional e perda de peso. Administrar antifúngicos (Anfotericina B exige cuidados de infusão e monitoramento renal; Itraconazol requer monitoramento de níveis séricos e função hepática). Orientar sobre tratamento prolongado e sinais de recorrência.
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (bactéria)	Qualquer CD4 (maior risco e formas atípicas com CD4 baixo)	Pulmonar: Tosse persistente, febre, sudorese noturna, perda de peso. Extrapulmonar: Linfonodal, meníngea, pleural, disseminada (miliar).	Baciloscopia de escarro (BAAR), Cultura, Teste Rápido Molecular (TRM-TB/GeneXpert), ADA, biópsia.	Esquemas com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol por 6 meses ou mais.	Orientar sobre adesão rigorosa ao tratamento DOT (Tratamento Diretamente Observado) e importância de completar o esquema. Monitorar efeitos adversos dos medicamentos (hepatotoxicidade, neuropatia, alterações visuais). Orientar medidas de controle de infecção (etiqueta da tosse). Investigar contactantes.
<i>Mycobacterium avium complex</i> (bactéria)	< 50 células/mm ³	Doença disseminada: Febre, perda de peso, sudorese noturna, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia.	Cultura de sangue, medula óssea, biópsias.	Claritromicina ou Azitromicina + Etambutol e/ou Rifabutina.	Monitorar sintomas constitucionais (febre, perda de peso). Avaliar dor abdominal. Administrar antimicobacterianos e monitorar efeitos adversos (gastrointestinais, oculares, auditivos). Orientar sobre tratamento prolongado.

<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Salmonella</i> não Typhi (bactérias)	Qualquer CD4 (maior risco com CD4 baixo)	Febre, tosse produtiva, dor torácica, dispneia. Mais frequente e grave em PVHA. Salmonelose recorrente.	Cultura de escarro/sangue, radiografia de tórax.	Antibióticos específicos. Vacinação (pneumocócica, gripe).	Monitorar sinais vitais, padrão respiratório, SpO ₂ . Administrar antibióticos e oxigenoterapia. Coletar culturas antes dos antibióticos. Incentivar hidratação e mobilização. Orientar sobre vacinação (pneumocócica e influenza) e importância de completar o tratamento.
Citomegalovírus (vírus)	< 50 células/mm ³	Retinite (perda visual, moscas volantes), colite (diarreia, dor), esofagite, encefalite, pneumonite.	Exame oftalmológico (retinite), biópsia, PCR em líquidos corporais.	Ganciclovir, Valganciclovir, Foscarnet.	Monitorar a acuidade visual e sintomas oculares. Avaliar padrão intestinal (diarreia). Administrar antiviral (Ganciclovir requer monitoramento de hemograma devido à mielossupressão; Foscarnet requer monitoramento renal e eletrólitos). Orientar sobre a importância da TARV para reconstituição imune.
Herpes Simples Vírus tipo 1 e 2 (vírus)	Qualquer CD4 (lesões crônicas/ extensas com imunossupressã o)	Lesões cutâneas e mucosas extensas, ulcerativas, crônicas (> 1 mês) e dolorosas.	Clínico, cultura viral.	Aciclovir.	Avaliar dor e características das lesões. Realizar higiene das lesões. Administrar antivirais e monitorar adesão. Orientar sobre medidas de conforto e prevenção de infecções secundárias.
<i>Toxoplasma gondii</i> (protozoário)	< 100-200 células/mm ³	Febre, cefaléia, alterações neurológicas focais (paralisias, convulsões, afasia), alteração de consciência.	Sorologia IgG positiva, TC/RM de crânio (lesões em anel múltiplas), resposta ao tratamento empírico.	Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido Folínico. Profilaxia primária com SMX- TMP.	Monitorar estado neurológico (nível de consciência, déficits focais, convulsões). Administrar antiparasitários e monitorar efeitos adversos (mielossupressão, rash cutâneo). Orientar sobre profilaxia e medidas de prevenção (higiene alimentar, evitar carne crua/mal passada, contato com fezes de gato).
<i>Coccidioides immitis</i> / <i>posadasii</i> (fungo)	Variável; risco aumentado com CD4 baixo.	A maioria assintomática. Pode causar doença pulmonar (pneumonia, nódulos) ou disseminada (pele, ossos, SNC - meningite).	Cultura de secreções/biópsias, sorologia (IgM/IgG), pesquisa de antígeno.	Anfotericina B (formas graves), Fluconazol ou Itraconazol (formas leves/moderadas ou manutenção).	Monitorar sintomas respiratórios e constitucionais. Administrar antifúngicos e monitorar efeitos adversos (nefrotoxicidade com Anfotericina B, hepatotoxicidade com azóis). Orientar sobre tratamento prolongado.
Herpesvírus Humano 8 (HHV-8)	Qualquer CD4 (maior incidência com CD4 baixo)	Lesões cutâneas e mucosas violáceas, nodulares; pode afetar linfonodos, TGI, pulmões.	Biópsia da lesão.	TARV (tratamento principal), quimioterapia, radioterapia.	Avaliar as lesões cutâneas (extensão, dor, sangramento). Realizar higiene e curativos. Monitorar efeitos adversos da quimioterapia/radioterapia. Orientar sobre a importância da TARV para o controle da doença. Oferecer suporte psicossocial devido ao impacto estético.



Associados a EBV (Vírus Epstein-Barr) e HHV-8	Qualquer CD4 (maior risco com CD4 baixo)	Massa tumoral em linfonodos ou extranodal (SNC, TGI). Sintomas B (febre, sudorese noturna, perda de peso).	Biópsia (exame histopatológico), TC/RM.	Quimioterapia, radioterapia. A TARV melhora a sobrevida.	Monitorar sintomas B. Avaliar massas ou linfonodomegalias. Administrar quimioterapia e radioterapia, monitorando efeitos adversos (mielossupressão, náuseas, alopecia). Prevenir infecções oportunistas secundárias ao tratamento. Oferecer suporte nutricional e psicológico.
O vírus Mpox (MPXV), pertencente ao gênero <i>Orthopoxvirus</i> e família <i>Poxviridae</i>	Qualquer CD4 (casos mais graves e lesões atípicas em PVHA).	Febre, linfadenomegalia, mialgia. Erupção maculopapular que evolui para pústulas, vesículas e crostas, podendo ser extensa e confluenta, especialmente na região anogenital. Dor intensa nas lesões.	PCR de amostras das lesões.	Geralmente sintomático. Antivirais (Tecovirimat) para suporte para casos graves.	Avaliar e manejar a dor das lesões. Realizar higiene e curativos das lesões. Monitorar sinais vitais e sintomas sistêmicos. Orientar sobre isolamento e medidas de controle de infecção para evitar transmissão. Oferecer suporte nutricional e hidratação.

Fonte: construído pelas autoras

5- ESTIGMAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV - PVHIV



Fonte: Chris Longhurst (Fotografias mostram cenas tocantes de quatro jovens gays na enfermaria dedicada do Hospital Middlesex em 1993 – uma era de estigma e medo antes da disponibilidade de medicamentos antirretrovirais)

O estigma, conforme definido pelo dicionário Priberam (2025), é "um sinal distintivo negativo, uma mácula, tacha, desonra ou descrédito que recai sobre uma pessoa ou grupo". Em termos práticos, ele se traduz em um processo social que gera preconceito, discriminação e afastamento social. No contexto da saúde, essa carga simbólica é particularmente devastadora para a pessoa vivendo com PVHIV. O estigma, não se limita a um mero conceito; ele se materializa em barreiras concretas que afetam diretamente a qualidade de vida e o acesso ao cuidado.

Apesar dos avanços no tratamento do HIV/Aids, ainda há um peso de preconceito que muitas vezes torna a vida de quem convive com a doença mais difícil. Esse estigma gera discriminação e acaba limitando as possibilidades de relações sociais e afetivas, mesmo com tantas campanhas de conscientização que tentam combater a desinformação (UNAIDS, 2019). No campo da saúde, essa marca invisível costuma estar ligada a condições que carregam algum tipo de julgamento, como é o caso da infecção pelo HIV. Para quem os

PVHIV, esse estigma não é apenas uma ideia na cabeça, mas se manifesta de várias formas: isolamento social, dificuldades para acessar e manter-se nos serviços de saúde, além de um sofrimento psicológico bastante intenso.

Quando pensamos em quem vive com HIV, é importante lembrar que o preconceito muitas vezes se manifesta por meio de ideias erradas e estereótipos sobre a doença, suas formas de transmissão e o modo de vida dessas pessoas. Essas ideias preconcebidas acabam gerando o est, que se manifesta em atitudes de discriminação e exclusão. Por exemplo, profissionais de saúde podem, às vezes, agir de forma diferente com quem tem HIV, afastando-se ou reforçando mitos que só aumentam o sofrimento. Essa relação entre preconceito e estigma cria um ciclo difícil de quebrar, onde a desvalorização e a dor se alimentam mutuamente, dificultando um cuidado mais humanizado e justo para quem vive com o vírus. Apesar dos avanços no tratamento do HIV/Aids, ainda há muito preconceito ligado à doença. Essa visão negativa leva à discriminação e pode dificultar as relações sociais e afetivas dessas pessoas, mesmo com campanhas de conscientização que tentam acabar com a desinformação (UNAIDS, 2019; Dessie, 2024). No setor da saúde, essa marca invisível do estigma muitas vezes pesa sobre condições que carregam esse peso social, como a infecção pelo HIV. Para quem vive com HIV, esse estigma não é apenas uma ideia distante; ele se reflete no isolamento social, nas dificuldades de acessar e manter os cuidados de saúde e também causa um sofrimento psicológico bastante intenso.

A forma como o HIV/aids é vista ativa valores, normas e comportamentos aprendidos desde cedo, especialmente no ambiente familiar. Quando uma pessoa age de modo diferente do que foi ensinado ou foge às normas sociais tradicionais, a família tende a ser o primeiro contexto a reagir. O sentimento de culpa - amplificado pelo estigma social que cerca a doença - reforça uma visão moralista e condenatória, penalizando quem não se encaixa aos valores tradicionais. Na prática da enfermagem, torna-se fundamental adotar uma abordagem sensível e humana, capaz de acolher esses sentimentos e preconceitos, promovendo um cuidado transformador, baseado no respeito, na compreensão e na escuta atenta (Almeida e Labronici, 2017; Neves, 2025).

No âmbito local de uma unidade de saúde, a fragilização do atendimento devido ao preconceito ou mesmo estigma, compromete a todo o atendimento da PVHIV, dificultando e até mesmo impedindo que haja descentralização do atendimento e todo o processo do cuidado. Isso reforça ainda mais o papel catalisador do enfermeiro, de um lado, podendo ser acolhedor e sensível, ou segregador (Lima, at. al, 2025). Este autor ainda considera que parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente com HIV, possuem uma conduta estigmatizante, podendo ser associada a personalização do HIV, vendo não mais como uma doença, mas marginalizado a pessoa infectada, e como o próprio sentido de estigma, a colocando em posição de ser inferior, marginal, perigoso e indigno. Afastando, por conseguinte do acesso ao cuidado.

No início dos anos 2000, ainda que haviam vislumbres de mudanças da forma como HIV era visto, a realidade do momento era de grande desinformação, bem como, disseminação de dados manipulados, alterados e preconceituosos sobre a doença, o que fazia com que os profissionais, pacientes e sua família, enfrentam estigmas, era vista como uma doença incurável e fatal (Costa, 2024; Piao, 2025)

A formação técnico científica dos profissionais de saúde está relacionada em toda sua atuação, de maneira que o principal impactado com o resultado é o paciente, profissionais com o conhecimento das formas de transmissão da doença, desenvolvimento e tratamento, são capazes de promoverem todo o cuidado de maneira firme, segura e sensível, levando o paciente inclusive a entender melhor a doença, buscando o tratamento e aderindo de forma estável a este (Santos, et. al, 2022).

A ética no cuidado, além de uma obrigação profissional, é uma forma de atuação que perpassa a própria maneira pessoal de pensar, levando a reflexão e mesmo revisão da prática diária. Conquanto haja conhecimento das formas de contágio, riscos, e prevenção no atendimento, o medo e o preconceito ainda persistem em muitos profissionais que atuam com PVHIV; é necessário que profissionais da saúde estejam atentos para acesso igualitário, humano e sem estigmas (Saricicek, 2025).

No contexto nacional, a redução da mortalidade está relacionada principalmente à adesão ao tratamento; contudo, para que o efeito terapêutico seja eficaz, é necessário o cumprimento rigoroso das prescrições — cerca de 95% de adesão às doses, horários e medicamentos (Gonçalves et al., 2022). Ainda assim, fatores sociais, como o estigma e a dificuldade de aceitação do diagnóstico, somados ao pouco apoio familiar, impactam negativamente essa adesão. Em muitos casos, na tentativa de ocultar a condição sorológica, há descumprimento de horários, retirada de rótulos dos frascos e até descontinuidade do tratamento e das consultas. Uma investigação recente em Gana destaca que mesmo o estigma interno – o sentimento de vergonha ou culpa por viver com HIV – está associado à adesão à ART: embora o achado seja contra-intuitivo (alto estigma → maior adesão), evidencia que a dinâmica social-psicológica do estigma se complexifica e deve ser considerada nas estratégias de cuidado (Ouner et al., 2025).

Paturalski, Vador e Barbosa (2021), infere que existe o sentimento de despreparo técnico e emocional nos profissionais no momento do diagnóstico do HIV, de maneira que a condução e manejo nesse peculiar ponto, carece de formação, tanto acadêmica, quanto continuada, voltadas para a comunicação, acolhimento e humanização.

O estigma pode ser entendido como um processo social que atribui desonra ou descrédito a determinados indivíduos ou grupos, resultando em preconceito, discriminação e exclusão social. Já o preconceito consiste em juízos ou opiniões formadas sem fundamento, que sustentam atitudes negativas e

reforçam o estigma (Priberam, 2025). Tais definições são vistas na prática clínica frente à PVHA e reforçadas por Costa (2024), que afirma que “historicamente, o HIV sempre foi cercado por preconceito e grande desinformação, que no início dos anos 2000 ainda era prevalente, levando à disseminação de dados manipulados e crenças distorcidas sobre a infecção, suas formas de transmissão e estilo de vida das pessoas afetadas”. Além disso, estudos recentes mostram que o estigma relacionado ao HIV/aids continua afetando o atendimento clínico: por exemplo, em 2025, uma investigação apontou que profissionais de saúde ainda manifestaram intenção de discriminar pessoas que vivem com HIV, em associação direta com atitudes preconceituosas, medo da infecção e crença de que tais pacientes “não merecem” bom cuidado (Idris et al., 2025).

De acordo com Oliveira et al. (2025), a enfermagem exerce papel essencial no cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, atuando como elo entre o usuário e os serviços de saúde. Sua atuação envolve ações educativas, escuta qualificada, acompanhamento da adesão ao tratamento e mediação de barreiras sociais e emocionais, com destaque para a consulta de enfermagem sistematizada e humanizada, que integra dimensões clínicas e psicossociais. A atitude preconceituosa pelo profissional enfermeiro pode levar a um distanciamento no cuidado ou à reprodução de mitos, caracterizando a manifestação do estigma. Tais comportamentos podem resultar na evasão dos serviços de saúde por medo do julgamento, na dificuldade em aderir ao tratamento devido à vergonha, ou no isolamento social imposto pelo preconceito, culminando em significativo sofrimento psicossocial.

Parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente com HIV adota uma conduta estigmatizante, frequentemente associada à "personalização" do HIV. Isso os leva a marginalizar a pessoa infectada, vendo-a não mais como um paciente, mas como alguém em posição de ser inferior, marginal, perigoso e indigno, o que afasta o indivíduo do acesso ao cuidado (Lima, et al., 2025). Embora os profissionais de saúde conheçam as formas de contágio, riscos e medidas de prevenção no atendimento a pessoas que vivem com HIV, o medo e o preconceito ainda persistem. Essa realidade revela um despreparo técnico e emocional diante do diagnóstico, refletindo a necessidade de formação acadêmica e continuada voltada à comunicação, ao acolhimento e à humanização do cuidado (Santos Et Al., 2025; Paturalski; Vador; Barbosa, 2021).

A formação técnico-científica dos profissionais de saúde é crucial em toda a sua atuação, pois o principal impactado pelo resultado é o paciente. Profissionais com conhecimento aprofundado sobre as formas de transmissão da doença, seu desenvolvimento e tratamento são capazes de promover um cuidado firme, seguro e sensível, capacitando o paciente a melhor compreender a doença, buscar o tratamento e aderir a ele de forma estável (Karachalios et al., 2025). A ética no cuidado, além de uma obrigação profissional, representa uma forma de atuação que transcende a própria maneira pessoal de pensar,

impulsionando a reflexão e a revisão da prática diária. Essa dinâmica reforça a urgência de um olhar atento e transformador na prática da enfermagem, visando superar os desafios impostos pelo estigma e preconceito.

6- FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO



Fonte: The Guardian (A equipe se despede no último dia do estudo Scope-PP em uma clínica no Cabo Ocidental, África do Sul, em 30 de maio. Dezoito mulheres perderam seus empregos quando o estudo terminou)

A identificação e o monitoramento de populações em condições de vulnerabilidade representam etapas fundamentais para a implementação de ações de acolhimento e educação em saúde de maneira abrangente e descentralizada. A prestação de atendimento integral ao paciente é crucial para aumentar a adesão ao tratamento e, assim, promover a redução da transmissibilidade da doença (Chávare et al., 2024).

Os fatores psicossociais que afetam a adesão ao tratamento do HIV em adultos estão intimamente ligados ao estigma cultural associado à doença. Em determinadas situações, as PVHA podem restringir suas interações sociais, compartilhando sua experiência terapêutica apenas com pessoas em quem confiam. Aqueles sem suporte social ou com uma rede social enfraquecida podem enfrentar sentimentos de solidão e

falta de motivação, o que pode resultar na interrupção do tratamento. O apoio familiar emerge como um fator crucial para a aceitação do tratamento. O estudo destaca a importância de os profissionais de saúde reconhecerem e abordarem esses fatores para atender adequadamente às necessidades das PVHA, uma vez que o medo da discriminação continua sendo um obstáculo significativo para a adesão à terapia antirretroviral. (Costa, *et. al*, 2021).

As características sociodemográficas não representam os únicos fatores que influenciam a adesão ao tratamento; eventos pontuais ao longo da vida dos pacientes também desempenham papel determinante. Entre esses eventos, destacam-se: gestação, hospitalizações, infecções oportunistas e manifestações clínicas (Martins et al., 2023).

Adicionalmente, os estudos analisados indicam que o estigma social associado às pessoas vivendo com HIV permanece presente nas relações interpessoais, sendo um dos principais fatores que comprometem a adesão ao tratamento. A vergonha e o medo de revelarem seu diagnóstico levam esses indivíduos a evitarem o acesso aos serviços de saúde. A identificação e o monitoramento de populações vulneráveis são essenciais para proporcionar acolhimento e educação em saúde de maneira ampla e descentralizada. O atendimento integral ao paciente constitui-se como elemento fundamental para aprimorar a adesão ao tratamento e reduzir a transmissibilidade da doença (WHO, 2025). Estudo realizado com modelos de atendimento diferenciados (uma forma de cuidado mais integral e adaptado ao paciente) tiveram melhor adesão ao tratamento antirretroviral em comparação ao atendimento convencional (Ekwuofu, 2025).

A adesão à terapia antirretroviral constitui elemento crucial para o sucesso terapêutico em indivíduos que vivem com HIV/Aids, impactando diretamente a supressão viral, a prevenção da resistência medicamentosa e a melhoria da qualidade de vida e longevidade dos pacientes. Diversos fatores, que vão além da simples administração diária da medicação, podem comprometer esse comportamento. Profissionais de enfermagem precisam identificá-los para intervir adequadamente. Entre os principais desafios está a reorganização do ambiente social e de apoio ao redor do paciente: uma rede de apoio fragilizada ou ausente impede a adaptação do tratamento à rotina do indivíduo e de sua família, aumentando o risco de sofrimento emocional, solidão e falta de motivação para dar continuidade ao tratamento medicamentoso (Magura; Nhari; Nzimakwe, 2025).

Cada paciente apresenta um contexto e condições de vida únicos, o que torna essencial a avaliação individualizada para a formulação de um plano de cuidados adequado à sua realidade. O papel do enfermeiro é crucial na promoção de um cuidado abrangente, especialmente para aqueles vivendo com HIV/aids, que necessitam de um acompanhamento integral, incluindo a adesão à terapia antirretroviral (Fonseca e Perez, 2023).

A adesão ao tratamento constitui-se como um fenômeno multifatorial, que envolve diversas esferas e cuja eficácia depende da interconexão de múltiplos fatores. Essas esferas incluem aspectos biológicos e farmacológicos, bem como dimensões psicossociais, socioeconômicas, culturais, além dos determinantes ambientais e das condições de moradia do indivíduo. A preservação da dignidade humana é fundamental para fundamentar a discussão acerca da função social da propriedade intelectual no contexto do direito à saúde, configurando-se como uma luta contínua contra as desigualdades sociais (Liu, 2024).

A forma como a sociedade representa o HIV/AIDS está imersa em preconceitos culturais, o que expõe pessoas que vivem com HIV (PVHIV) a vulnerabilidades emocionais e sociais. O estigma — manifestado como medo da revelação, vergonha e isolamento — interfere na aceitação do diagnóstico e compromete a busca e a continuidade do tratamento. Além disso, os obstáculos relacionados às próprias condições do paciente, como depressão, desinformação e falta de apoio, representam parcela importante das dificuldades de adesão terapêutica. Estudos recentes reforçam que o estigma e as barreiras estruturais comprometem a adesão e a integralidade do cuidado oferecido às PVHIV, evidenciando a necessidade de políticas que enfrentem as dimensões da vulnerabilidade programática (Silvério et al., 2025).

Considerando a consulta de enfermagem e, tendo-se em vista aspectos biopsicossocial das PVHIV, estudo destaca que as dimensões sociais representaram 10,4% e os de origem emocional representa 16,7%, destaca que os aspectos biológicos/físicos, tais como: astenia, tosse, febre e cefaleia, representa 88,5%. Mediante a estas questões apresentadas os físicos/biológicos, evidencia que a assistência de enfermagem está presa aos paradigmas do modelo biomédico, tendo que considerar os determinantes e condicionantes de saúde das PVHIV durante a consulta de enfermagem (Santana, *et al.* 2023).

A adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) não apenas impacta a saúde individual, mas também influencia a transmissão coletiva do HIV/aids. Assim, torna-se essencial adotar estratégias que favoreçam a adesão, especialmente por meio da detecção precoce do risco de não adesão e da implementação de cuidados individualizados voltados às pessoas que vivem com HIV (PVHIV), considerando as demandas específicas de cada usuário. É necessário levar em conta as características individuais, o tipo de tratamento prescrito, o ambiente de atendimento e o suporte emocional e social disponível. O reconhecimento desses fatores possibilita sistematizar ações eficazes que promovam a adesão ao tratamento (Conceição; Lima; Soler, 2024).

A implementação da promoção do acesso universal às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) ainda enfrenta desafios significativos, sobretudo os relacionados ao estigma e à discriminação, que ampliam o impacto da doença e comprometem a efetivação do direito à saúde. Essa realidade evidencia que a resposta brasileira ao HIV/aids está inserida em um processo contínuo de construção e reconstrução de conceitos e discursos impulsionados por movimentos sociais e políticas públicas voltadas à equidade. Além disso, estudos recentes destacam que o estigma permanece como a principal barreira ao acesso e à adesão ao

tratamento, especialmente entre adolescentes e jovens (Phebo et al., 2023), enquanto pesquisas sobre a antecipação do estigma apontam para seus efeitos psicológicos e sociais sobre as pessoas que vivem com HIV, reforçando a importância de estratégias de enfrentamento e acolhimento nos serviços de saúde (Guimarães et al., 2024).

O relatório global sobre aids 2024, revela que, atualmente, o mundo não está avançando como esperado para atingir os objetivos propostos e que as desigualdades que perpetuam a pandemia de HIV não estão sendo suficientemente abordadas. A falta de progresso nas estratégias de prevenção tem levado a uma redução insuficiente nas novas infecções por HIV globalmente, com um aumento registrado em três regiões do mundo. Além disso, quase um quarto das pessoas vivendo com HIV ainda não têm acesso a tratamentos que salvam vidas, resultando em uma morte relacionada à AIDS a cada minuto, em todo o mundo

No Brasil e internacionalmente, a influência do preconceito na propagação do vírus motivou a integração entre direitos humanos e políticas de combate à AIDS, resultando na formulação de discursos que ressaltam a importância do respeito aos direitos humanos como ferramenta fundamental no enfrentamento da epidemia. Tal contexto evidencia que o enfrentamento da AIDS está intrinsecamente ligado à luta contra desigualdades, preconceitos e discriminações. No âmbito da saúde pública, essa abordagem requer a articulação do conceito de saúde com outras dimensões sociais (Kemel, 2025).

7- CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO

É importante ressaltar que a realização do tratamento medicamentoso ocorre somente quando indicado, e o uso de cada medicamento durante o tratamento varia de acordo com a necessidade do paciente e estágio da doença. Esses medicamentos diminuem a multiplicação do vírus no organismo, recuperam as defesas do sistema imune e, conseqüentemente, aumentam a qualidade de vida do paciente (Cachay et al., 2025).

Apesar do surgimento das terapias antirretrovirais (TARV) no final da década de 80, que aumentaram significativamente a qualidade de vida e longevidade das PVHIV, e da queda nacional de mortalidade atribuída principalmente à adesão ao tratamento (Gonçalves, et al., 2022), a adesão rigorosa ainda é prejudicada. Existe uma gama de cuidados abrangentes que visam a construção da autonomia em relação ao tratamento, com tomada de decisões sobre a própria saúde, e a conscientização da importância da rigorosa adesão à TARV (Costa, et.al, 2024).

Contudo, a aderência ao tratamento medicamentoso é fortemente impactada pelo estigma social referente ao HIV, onde o viés social é determinante para a própria aceitação do diagnóstico e a falta de apoio familiar. Na tentativa de esconder o diagnóstico, muitas vezes há remoção de rótulos, descumprimento de

horários e até a descontinuação do tratamento pela inconstância nas consultas e exames (Gonçalves, et al., 2022).

O acesso aos medicamentos reafirma os princípios de direitos sociais e humanos consagrados na Constituição Federal de 1988 e nos preceitos do SUS. Em 1996, diante da pressão exercida pelos movimentos sociais e do respaldo da comunidade acadêmica, o governo brasileiro sancionou uma legislação que estabelecia a obrigatoriedade do Estado em fornecer, de forma universal e gratuita, os medicamentos necessários ao tratamento das PVHA. Essa medida consolidou a política de garantia ao acesso aos antirretrovirais pelo SUS, reafirmando seu compromisso. A regulamentação daquele ano representou uma conquista importante na luta pelo direito à saúde, demonstrando a responsabilidade do Estado em assegurar o fornecimento contínuo e eficaz desses medicamentos (Maia e Reis, 2019).

A própria natureza da TARV pode apresentar desafios à adesão. Um regime terapêutico complexo, que envolve múltiplos comprimidos, horários rígidos e, por vezes, restrições alimentares, exige disciplina e organização que nem todos os pacientes conseguem manter consistentemente. Além disso, a duração do tratamento, que é percebido como para a vida toda, pode gerar desmotivação e fadiga medicamentosa ao longo do tempo, especialmente se os benefícios não forem imediatamente visíveis ou se o paciente se sentir sobrecarregado pela perspectiva de uma terapia contínua.

Embora não exista cura definitiva para o HIV até o momento, avanços científicos consideráveis têm proporcionado melhorias na qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo vírus. O tratamento consiste em acompanhamento regular por profissionais de saúde, realização de exames laboratoriais e administração de terapia medicamentosa. Constata-se que, no âmbito do serviço, há registros de pacientes atendidos no ambulatório que, embora compareçam às consultas agendadas, demonstram baixa adesão ao uso dos medicamentos. O elevado número de consultas pode sugerir o aspecto atitudinal do usuário em busca de saúde, porém, pode ser um indicativo de um bom relacionamento com o profissional de saúde (Maria, 2023). Tais ações vindas do paciente reforçam ainda mais a necessidade do acolhimento em enfermagem de forma assertiva.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), os medicamentos antirretrovirais (ARV) foram introduzidos na década de 1980 com o propósito de inibir a replicação do vírus HIV no organismo. Essas drogas desempenham papel fundamental na prevenção do declínio do sistema imunológico, sendo imprescindível a administração contínua e regular dos ARV para prolongar a expectativa de vida e aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados, além de reduzir a frequência de internações hospitalares e a incidência de infecções oportunistas. Desde 1996, o Brasil oferece gratuitamente os ARV a todos os

pacientes que necessitam de tratamento. Atualmente, estão disponíveis um total de 22 medicamentos distribuídos em 38 apresentações farmacêuticas, descritas conforme segue:

Tabela de Medicamentos Antirretrovirais (ARV) - Efeitos e Manejo

Medicamento	Apresentação / Dose	Efeitos Colaterais Principais	Prevenção e Manejo dos Efeitos
Abacavir (ABC)	300mg comprimido / 20mg/mL solução oral	Hipersensibilidade (febre, rash, sintomas gastrointestinais), cefaleia, náuseas.	Realizar teste HLA-B*57:01 antes do uso (contraindicado se positivo). Descontinuar se houver suspeita de reação.
Atazanavir (ATV)	300mg cápsula	Hiperbilirrubinemia (icterícia), náusea, vômito, diarreia.	Administrar com alimentos. Orientar que a icterícia é geralmente cosmética e reversível.
Darunavir (DRV)	75mg–800mg comprimido	Diarreia, náusea, rash cutâneo, dislipidemia.	Administrar com alimentos e sempre com reforçador (Ritonavir ou Cobicistate).
Dolutegravir (DTG)	50mg comprimido	Insônia, cefaleia, náusea, reações de hipersensibilidade.	Administrar pela manhã pode causar insônia. Monitorar sintomas neuropsiquiátricos.
Efavirenz (EFZ)	200–600mg comprimido / 30mg/mL solução oral	Efeitos no SNC (tontura, sonhos vívidos, insônia), rash, dislipidemia.	Administrar à noite, ao deitar. Tomar com estômago vazio.
Enfuvirtida (T-20)	90mg/mL injetável SC	Reações locais (dor, eritema, nódulos), hipersensibilidade.	Ensinar técnica correta de autoaplicação e rotação dos locais.
Etravirina (ETR)	100–200mg comprimido	Náusea, diarreia, rash, hepatotoxicidade.	Administrar após as refeições. Monitorar função hepática.
Lamivudina (3TC)	150mg comprimido / 10mg/mL solução oral	Cefaleia, náusea, diarreia, rash; raramente anemia/neutropenia.	Monitorar hemograma e função hepática.
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	100/25mg comprimido / 80/20mg/mL solução oral	Diarreia, náusea, vômito, dislipidemia.	Administrar com alimentos. Monitorar e controlar lipídios.
Maraviroque (MVQ)	150mg comprimido	Tontura, dor abdominal, hepatotoxicidade.	Exigir teste de tropismo (CCR5) antes do início. Monitorar função hepática.

Nevirapina (NVP)	200mg comprimido / 50mg/5mL solução oral	Rash cutâneo grave (SJS), hepatotoxicidade, febre.	Iniciar com dose baixa por 14 dias. Monitorar rigorosamente a função hepática.
Raltegravir (RAL)	100–400mg comprimido / sachê	Náusea, cefaléia, insônia, mialgia.	Monitorar sintomas musculares (mialgia, dor).
Ritonavir (RTV)	100mg comprimido / pó suspensão oral	Náusea, vômito, diarreia, dislipidemia.	Usado como reforçador (booster). Administrar com alimentos. Monitorar lipídios.
Tenofovir (TDF)	300mg comprimido / combinações (TDF+3TC, TDF+FTC, TDF+3TC+EFZ)	Nefrotoxicidade, perda óssea, náusea, cefaléia.	Monitorar função renal e densidade óssea. Em combinação com EFZ, administrar à noite.
Zidovudina (AZT)	100–300mg comprimido / solução oral / injetável	Toxicidade hematológica (anemia, neutropenia), náusea, cefaléia.	Monitorar hemograma regularmente. Administrar com alimentos para reduzir desconforto GI.
Zidovudina + Lamivudina (AZT/3TC)	300mg + 150mg comprimido	Toxicidade hematológica (AZT), náusea, cefaléia.	Monitorar hemograma. Administrar com alimentos.

Fonte: construído pelas autoras

Entender profundamente as medicações, suas indicações, diferentes formas de apresentação e possíveis efeitos colaterais é fundamental para o profissional de enfermagem. Essa compreensão permite criar planos educativos mais personalizados e adequados às necessidades de cada paciente, sempre apoiados em fontes confiáveis, como as bulas dos medicamentos. Um estudo realizado com enfermeiro nos Estados Unidos, reforça que mais de 90% das enfermeiras consideram essencial oferecer orientações sobre novas medicações, avaliar se o paciente entendeu bem as informações e acompanhar a adesão ao tratamento. No entanto, muitas delas ainda sentem que o tempo dedicado à conversa sobre efeitos adversos poderia ser maior (5 a 9 minutos). Por isso, ter um bom conhecimento sobre medicamentos e uma comunicação clara são passos essenciais para garantir a segurança do paciente e promover uma adesão mais eficiente ao tratamento.

À medida que a comunidade global busca alcançar as metas 90-90-90 até 2020, é fundamental aprofundar nossa compreensão sobre os fatores que influenciam os resultados ao longo de todo o cuidado com o HIV. Profissionais de saúde quanto pacientes possuem obstáculos semelhantes à adesão ao tratamento, os profissionais tendem a enxergar fatores mais amplos, como aspectos sociais e psicológicos, enquanto os pacientes enfrentam desafios mais específicos, como questões básicas como a alimentação. Tais barreiras oferecem uma oportunidade de melhoria quando abordadas e tratadas na consulta. Os profissionais

de saúde podem se dedicar a entender melhor as dificuldades, colaborando com os pacientes para encontrar mecanismos que ajudem a superar esses obstáculos e facilitar o caminho para o sucesso no tratamento (Sambayi et. al, 2024). Por fim, o despreparo profissional, seja pela falta de conhecimento atualizado sobre a TARV e manejo de efeitos colaterais, ou pela ausência de estratégias de adesão e de comunicação centrada no paciente, impede a oferta de um suporte adequado e humanizado.

Estudos revelam diversos benefícios potenciais do tratamento para HIV/Aids; como estratégia de prevenção, entre eles a redução do temor relacionado ao HIV. No entanto, há uma preocupação de que a implementação dessa abordagem como política de saúde pública possa estimular comportamentos sexuais de risco, incluindo possíveis casos de desinibição ou coerção nas relações sexuais. Estudo de Behavior et al (2025) demonstrou a contribuição da enfermagem na construção de políticas públicas de saúde para populações vulneráveis às IST; a promoção e prevenção de saúde foram relevantes para a qualidade de vida das PVHIV.

Apoiar os pacientes para atingirem e manterem uma carga viral indetectável é fundamental para obter o máximo benefício do tratamento como prevenção (TasP), incluindo o apoio para tomar a TARV conforme prescrito, testar a carga viral frequentemente até que a supressão viral seja alcançada (geralmente dentro de 6 meses) e a cada 3 a 4 meses depois disso, e manter a adesão à terapia a longo prazo.

Os profissionais de enfermagem em suas práticas assistenciais relacionadas à adesão à TARV, no contexto das PVHA, e considerando a adesão ao tratamento como uma das múltiplas funções para com os pacientes com HIV/aids; exercem funções que vão além das responsabilidades clínicas, dentre elas: (Andrade et al, 2023)

- Comunicação e adesão - a construção de uma relação terapêutica com PVHIV, fundamentada na compreensão da vulnerabilidade do paciente como base para os cuidados de enfermagem em HIV. As ações de enfermagem voltadas a promover a adesão à terapia antirretroviral (TARV);
- Cuidados Clínicos - os desafios enfrentados pelos enfermeiros na assistência relacionada à TARV a PVHIV;
- Educação em Saúde – ensinar o paciente sobre a transmissão do vírus, medidas preventivas e práticas de autocuidado; e
- Gestão do cuidado - mobilização de recursos para aprimorar a prática de enfermagem na gestão da TARV e no cuidado ao HIV.

Outro ponto importante é que a rede de apoio do paciente é um determinante poderoso da adesão. A falta de apoio familiar e da rede social mais ampla é um obstáculo significativo. A dificuldade em revelar o diagnóstico por medo da rejeição e a ausência de um círculo de confiança que compreenda e incentive a

adesão podem levar ao isolamento, à diminuição da motivação e à interrupção do tratamento. O suporte emocional e prático dos entes queridos e da comunidade é vital para que a PVHIV se sinta segura e amparada em sua jornada de tratamento.

Entre os indicadores específicos, para analisar a falta de adesão ao tratamento destacam-se "comportamento de falta de adesão", "falha em alcançar os resultados" e "ausência de compromissos agendados". Além disso, os indicadores "comportamento de falta de adesão", "ausência em compromissos agendados" e "falha em alcançar os resultados". Características específicas podem auxiliar o profissional de enfermagem na inferência do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão", proporcionando maior precisão e segurança, e possibilitando a implementação de intervenções e resultados direcionados com maior probabilidade de eficácia. No contexto da investigação, estratégias como grupos de apoio à adesão, distribuição de cartilhas informativas e utilização de diários para registro do uso dos antirretrovirais têm sido adotadas. Ressalta-se que, no serviço, há registros de pacientes atendidos no ambulatório que, apesar de comparecerem aos compromissos agendados, apresentam baixa adesão ao tratamento medicamentoso (Silva et al., 2017).

Considerando todas as nuances apresentadas pelo paciente, o enfermeiro deve ter a habilidade de transmitir informações de forma clara e empática, garantindo que o paciente compreenda a importância de seguir o tratamento antirretroviral e como lidar com os possíveis efeitos colaterais.

Cuidados Clínicos: É responsabilidade da enfermagem administrar medicamentos e monitorar continuamente o estado de saúde do paciente, o que é vital para a eficácia do tratamento e para evitar que a doença progrida.

Papel Educativo: A enfermagem também desempenha uma função educativa essencial, orientando o paciente sobre a transmissão do vírus, medidas preventivas e incentivando práticas de autocuidado.

8- ENFERMAGEM COMO APOIO AO PACIENTE COM HIV/AIDS



Fonte: Diane Jones treats an early AIDS patient at San Francisco General in 1984 (photo by Gypsy Ray).

A atuação da Enfermagem fundamenta-se no domínio do conhecimento específico da disciplina, bem como nas ciências humanas, sociais e aplicadas, sendo realizada pelos profissionais na prática diária de assistência, gestão, ensino, educação e investigação (Cofen, 2017).

Nessa perspectiva o crescimento da profissão é contínuo no setor de saúde, tanto no âmbito nacional quanto no internacional. Os profissionais da enfermagem dessa área assumem um papel cada vez mais decisivo e proativo no cuidado da população e na identificação das suas necessidades individuais, também atua ativamente na promoção e proteção da saúde em suas várias dimensões (Elbus et. al, 2024). No contexto das PVHA, o enfermeiro desempenha papel fundamental na gestão de possíveis efeitos adversos relacionados à farmacoterapia, fornecendo orientações acerca dos sintomas e das estratégias mais eficazes para sua mitigação. Além disso, realiza o monitoramento de exames laboratoriais, como a carga viral e a contagem de CD4, explicando ao paciente a relevância desses resultados para o acompanhamento do progresso terapêutico (Gulati; Hariprasath; Gupta, 2025). A intervenção considera as capacidades de compreensão individualizadas de cada paciente

A equipe de enfermagem representa o maior número de profissionais na equipe de saúde e atua desde o aparecimento dos primeiros casos de aids no Brasil. É imprescindível que o enfermeiro esteja capacitado para realizar um atendimento humanizado, integral, individualizado e embasado por conhecimentos científicos e fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) destinada às PVHIV (Peres *et.al*, 2021).

A atuação da enfermagem no cuidado integral de pessoas vivendo com as PVHA é reconhecida como essencial, não apenas no âmbito das estratégias terapêuticas, mas também no suporte emocional e psicológico aos pacientes. Os enfermeiros exercem papel central em atividades que envolvem o diagnóstico, o aconselhamento e o monitoramento da adesão à terapia antirretroviral (TARV), além de promoverem

ações educativas e de prevenção. Essa abordagem, que combina cuidados biomédicos e psicossociais, configura-se como um modelo de atenção holístico e indispensável para a melhoria da qualidade de vida e da adesão ao tratamento (Moura *et al.*, 2024).

A equipe de enfermagem, com ênfase no enfermeiro, possui formação especializada em prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, desempenhando papel fundamental no monitoramento dos pacientes. Sua atuação contribui para a adesão ao tratamento e, subsequentemente, para melhorias na qualidade de vida dos indivíduos (Peres *et al.*, 2021). No contexto do acompanhamento clínico e terapêutico, o enfermeiro atua como elemento central na garantia da adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV), abrangendo a educação do paciente acerca da relevância da medicação e a identificação de obstáculos que possam comprometer o uso adequado dos medicamentos.

O enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, no ambulatório de serviços especializados, pode desempenhar abordagens específicas acerca da eficácia da carga viral controlada e intransmissibilidade do HIV como estratégia de prevenção, o que pode favorecer casais sorodiscordantes nas tomadas de decisões compartilhadas. Para os demais pacientes também haverá benefícios, pois, informados sobre os riscos de transmissão e, os ganhos do tratamento como prevenção, estarão aptos a lidar com o medo e a culpa relacionados ao HIV (Lion *et al* 2023).

A Decisão do COFEN nº 244/2016, ampara legalmente os enfermeiros/técnicos capacitados, para realizar teste rápido para detecção de HIV, Sífilis e hepatites virais. Este respaldo legal vem de encontro com outro ponto crucial da atuação do enfermeiro na prevenção e no manejo de infecções oportunistas, é uma das responsabilidades importantes da enfermagem nesse contexto, tendo como base o princípio do cuidado, da orientação para o autocuidado. Além do que, é essencial que atue na promoção da saúde através dos programas de prevenção direcionados a populações específicas; a exemplo as campanhas de imunização contra hepatite B e HPV. Essas estratégias devem abranger todas as PVHA. Para uma resposta efetiva no combate à epidemia, será necessário concentrar esforços na eliminação do estigma, discriminação e exclusão social (Cofen, 2022). O enfermeiro deve estar apto a identificar as principais infecções associadas ao HIV/Aids, bem como a educar o paciente sobre como preveni-las através de vacinação, orientações de higiene e sinais de alerta para buscar ajuda.

Durante a consulta de enfermagem e o atendimento a PVHA, é imprescindível se atentar para as estratégias complementares, como a prevenção combinada. Essa abordagem inclui a implementação de programas de distribuição de preservativos e gel lubrificante, a profilaxia pré-exposição (PrEP), a profilaxia pós-exposição (PEP), serviços de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (Cofen, 2022; Olczak *et al*, 2025). A educação em saúde e o autocuidado são pilares desse acompanhamento; o enfermeiro instrui



sobre higiene, nutrição e a importância de um estilo de vida saudável, além de fornecer orientações essenciais sobre a prevenção da transmissão do vírus, e orientações sobre a parceria sexual incluindo a PrEP e a PEP, para parceiros soro divergentes.

O primeiro contato no atendimento de saúde geralmente ocorre por meio do profissional de enfermagem, sendo o suporte psicossocial uma componente essencial para o cuidado ao paciente. A enfermagem possui a incumbência de identificar as necessidades em todos os aspectos (emocionais, psicológicas, sociais e econômicas do paciente), proporcionando um ambiente que favoreça a expressão de seus medos, preocupações e dúvidas. Quando necessário, cabe ao enfermeiro encaminhar o paciente para os serviços especializados em suporte psicológico e social, atuando também na luta contra o estigma e preconceitos associados à condição de saúde. Assim, a atuação da enfermagem contribui para a melhora da qualidade de vida e do bem-estar integral do indivíduo, reforçando seu papel como cuidador, educador e acolhedor; consolidando-se como peça-chave na resposta ao HIV/Aids. (Lioi *et al*, 2025)

9- ACOLHIMENTO NA ENFERMAGEM



Fonte: Tony Oliveira/Agência Brasília (Enfermeira do DF em consulta de enfermagem para PrEP)

Ela tem origem no verbo "acolher", que vem do latim *colligere*. Essa palavra significa "levar em, receber". Ela é composta pelo prefixo "ad", que quer dizer "a", e pelo verbo "*colligere*", que significa "reunir" ou "juntar". Esse, por sua vez, é formado por "com", que quer dizer "junto", e "leg", que significa "reunir", "coletar" ou "recolher" (Silva, 2023).

A Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, promulgada pelo Ministério da Saúde, define humanização como uma conduta benevolente que implica tratar o indivíduo com dignidade e respeito, evidenciando empatia ao colocar-se no lugar do outro sem esperar contrapartida. Essa abordagem visa a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo transformações na gestão e no cuidado, incluindo a interação entre atores do sistema de saúde, como usuários e gestores, na construção do cuidado e dos processos de trabalho. A referida política fundamenta-se em três princípios essenciais: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e autonomia e protagonismo dos sujeitos. A transversalidade refere-se à necessidade de promover diálogos com os usuários em todas as áreas, incorporando suas vivências ao processo e não apenas utilizando conhecimentos técnicos-científicos por parte dos profissionais. Essa abordagem facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes (Lima e Souza, 2024).

De acordo com os princípios da PNH, o acolhimento é uma diretriz essencial na saúde, voltada à criação de espaços para escuta, encontro e troca entre usuários e profissionais, bem como para o diálogo entre os trabalhadores. Esta prática fundamenta-se na escuta qualificada, no vínculo de confiança e na busca

por resolutividade efetiva. No entanto, sua implementação na atenção básica exige transformações profundas nas estruturas, políticas e organização do trabalho — incluindo mudanças na gestão, na oferta do cuidado e na dinâmica dos processos. Ainda que haja conhecimento teórico sobre humanização e acolhimento, observa-se uma lacuna entre essas diretrizes e a rotina assistencial. Assim, o acolhimento deve ser compreendido como ferramenta estratégica para reorganizar o cuidado e fortalecer a gestão de uma atenção integral em saúde (Costa, 2025). No contexto do cuidado à saúde, o termo "acolhimento" transcende uma mera recepção, configurando-se como uma postura ética e humanizada que constitui o primeiro passo para a promoção do cuidado integral em saúde. Para a enfermagem, o acolhimento implica reconhecer o outro enquanto sujeito, compreendendo que a pessoa que procura os serviços de saúde não deve ser vista apenas como um "paciente" ou um "caso", mas sim como um indivíduo dotado de história de vida, emoções e angústias.

Ao receber o diagnóstico de HIV/AIDS, a pessoa pode passar por sentimentos de incerteza e fragilidade, entrando em crise. A forma de lidar com essas mudanças depende de fatores como a sua personalidade e o contexto social-familiar. O enfermeiro ocupa papel central nesse processo, estabelecendo vínculo contínuo com o paciente. Ao adotar uma abordagem humanizada e holística, o enfermeiro considera o paciente em sua totalidade — aspectos físicos, emocionais, sociais e psicológicos — o que permite compreender necessidades individuais e oferecer um cuidado personalizado com empatia. Uma comunicação clara e acessível também é fundamental para que o paciente entenda os procedimentos e se sinta mais seguro, elevando a qualidade do atendimento (Pinheiro e Paz, 2021).

A comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem constitui um componente essencial do cuidado, sendo fundamental para alcançar resultados positivos na assistência ao paciente (Norman, 2025). Para que o cuidado em enfermagem seja efetivo, é essencial fundamentar-se na escuta atenta, na acessibilidade e na construção de um relacionamento terapêutico. A escuta empática permite compreender o paciente além de suas queixas, reconhecendo suas reais necessidades e emoções. Essa prática favorece um atendimento respeitoso e livre de julgamentos, promovendo confiança, segurança e adesão ao tratamento, o que resulta em um cuidado humanizado e centrado no paciente.

O cuidado integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS exige uma abordagem interdisciplinar, na qual a enfermagem exerce papel central e indispensável. O enfermeiro não se limita às atividades clínicas de diagnóstico, aconselhamento e monitoramento da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), mas atua também na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na educação em saúde contínua, fortalecendo a autonomia e o protagonismo do paciente em seu processo terapêutico. É fundamental que a prática da enfermagem se estenda por todo o ciclo do cuidado que abrange a detecção precoce da infecção e seu acompanhamento de longo prazo, garantindo o manejo clínico adequado, o

suporte emocional e psicológico necessário para a manutenção da adesão e da qualidade de vida. É essencial para uma assistência centrada no paciente, pautada na humanização, na escuta qualificada e no respeito às singularidades de cada paciente. A atuação ativa do enfermeiro na gestão do tratamento, no acompanhamento contínuo e na construção de vínculos de confiança constitui um eixo estratégico para o enfrentamento do HIV e da AIDS e para a promoção do bem-estar integral das pessoas soropositivas (Moura, Luna e Nascimento, 2024).

Indivíduos que buscam realizar o teste rápido para HIV enfrentam medo e preconceito, fatores que impactam diretamente sua experiência durante o atendimento. Ademais, estruturais, a insuficiência de espaços físicos adequados, a limitação de disponíveis e a ausência de sistema de atendimento espontâneo, dificultam a atuação da equipe de enfermagem e comprometem a qualidade do acolhimento oferecido (Caixeta et al., 2021). Na infectologia o acolhimento é crucial, devido à natureza sensível dos diagnósticos e o estigma social que cerca as doenças infectocontagiosas, principalmente o HIV. Para melhorar esse processo, é importante ampliar a divulgação dos serviços de testagem, expandir os locais de atendimento e adequar os ambientes destinados ao acolhimento (Smiderle e Favoreto, 2023). A formação contínua da equipe de saúde é considerada uma estratégia fundamental para fortalecer as práticas de acolhimento e superar as fragilidades presentes nos serviços. Nesse contexto, o enfermeiro deve atuar na orientação sobre o tratamento e acompanhamento, desmistificando informações e reforçando a importância da adesão.

O acolhimento é uma estratégia criada para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, de modo que cada pessoa possa receber um atendimento justo e completo. Ele valoriza o trabalho de diferentes profissionais e a integração entre setores, promovendo uma atenção mais humanizada e efetiva. Essa ferramenta é fundamental para que o SUS cumpra seus princípios constitucionais e ofereça cuidado de verdade às pessoas que buscam ajuda (Carvalho, Oliveira e Massa, 2024). Ainda sobre o estudo destes autores, outro fator apontado por eles é a escassez de profissionais, o que impacta o acompanhamento no número de pacientes atendidos, o que muitas vezes resulta na falta de tempo dos profissionais para ouvirem com atenção. No entanto, mesmo diante dessa situação, os pacientes associam o ato de serem ouvidos à sensação de se sentirem realmente compreendidos, que se reflete na qualidade do atendimento e consequentemente no tratamento recebido. Muitas das reclamações e problemas enfrentados pelos usuários podem ser solucionados ou minimizados ao serem ouvidos, respeitados e compreendidos pelos profissionais de saúde.

A falta de suporte emocional e a negligência com os aspectos emocionais dos pacientes podem resultar no abandono do tratamento ou na não conformidade com as recomendações médicas. Podemos afirmar que ouvir ativamente não é uma tarefa simples para ninguém, nem mesmo para a equipe de enfermagem. Requer disponibilidade emocional e uma reflexão contínua sobre nossa maneira de pensar,

além de nos instigar a deixar de lado conceitos pré-estabelecidos. Por outro lado, o acolhimento é uma estratégia essencial para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde, garantindo ao usuário um atendimento justo e completo por meio do trabalho multiprofissional e da colaboração entre setores distintos. Essa abordagem fortalece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promove um cuidado mais humano e efetivo (Silvério et al., 2025; Müller et al., 2025).

10- PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem nos serviços de atenção especializada, ao abordar a eficácia da carga viral e a intransmissibilidade do HIV como estratégias preventivas, pode contribuir para o fortalecimento da tomada de decisões compartilhadas por casais sorodiscordantes. Espera-se que esses casais possam realizar escolhas informadas, considerando os riscos e benefícios do tratamento como medida preventiva contra a transmissão do HIV, proporcionando também uma oportunidade de diminuir o medo, a culpa e o auto estigma associados à infecção pelo vírus (Lion et al., 2023).

O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia de trabalho científica e sistemática que guia o cuidado de enfermagem. Ele é a espinha dorsal do raciocínio clínico, proporcionando ao enfermeiro uma estrutura lógica para a tomada de decisões, desde a avaliação inicial do paciente até a avaliação dos resultados. A finalidade do Processo de Enfermagem é assegurar uma assistência de alta qualidade, garantindo a segurança do paciente e a humanização do cuidado. Ao documentar cada etapa, o enfermeiro não apenas registra suas ações, mas também torna o seu trabalho visível, valorizando a profissão e contribuindo para a continuidade da assistência, o que é fundamental em um ambiente multidisciplinar.

O processo de enfermagem (PE) distingue-se por sua abordagem proativa, caracterizando-se pela necessidade de investigação contínua dos fatores de risco e até mesmo na ausência de problemas evidentes. É fundamental que haja uma intenção e consciência claras por parte do profissional em reconhecer o objeto de trabalho, permitindo que transformações ocorram no indivíduo, na família e na comunidade, resultando em um produto tangível. Essa postura possibilita ao enfermeiro desenvolver seu trabalho apoiado em modelos de cuidados, os quais estimulam o uso do pensamento crítico e fundamentam a tomada de decisão clínica. O processo de enfermagem deve ser conduzido de maneira intencional e deliberada, sendo princípio essencial para sua aplicação eficaz na assistência clínica. Para que o seja utilizado adequadamente, é imprescindível que o enfermeiro compreenda claramente sua finalidade e tome decisões conscientes a respeito de sua implementação (Dell'Acqua e Santos, 2024).

Conforme estabelecido na Resolução Cofen nº 736 de 2024, o Art. 5º afirma que a consulta de Enfermagem deve seguir a estrutura das etapas do Processo de Enfermagem.



Fonte: construído pelas autoras

De acordo com o Art. 4º, o Processo de Enfermagem é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e cíclicas. A avaliação de Enfermagem é a primeira etapa, durante a qual são coletadas anamnese e dados do exame físico com foco na saúde do indivíduo, utilizando apoio de ferramentas como exames laboratoriais, imagens, testes clínicos, escalas validadas e protocolos institucionais para orientar a prática de enfermagem. A etapa seguinte é o Diagnóstico de Enfermagem, no qual são identificadas as definições dos problemas existentes, a terceira etapa, o Planejamento de Enfermagem, envolve a definição das ações a serem realizadas no cuidado individual, familiar e comunitário. Já a quarta etapa é a Implementação de Enfermagem sendo as ações na assistência ao paciente, realizadas pela equipe de enfermagem respaldadas pela resolução vigente. A quinta etapa é a Evolução de Enfermagem que consiste em registrar as ações realizadas, para reavaliar as suas eficiências e reiniciar o ciclo (Cofen, 2024).

- 1) **Coleta de Dados de Enfermagem (Histórico):** Esta é a primeira e crucial etapa, onde o enfermeiro, por meio de uma entrevista detalhada, exame físico minucioso e análise do prontuário, coleta informações sobre o paciente.

Na infectologia, a anamnese deve incluir um histórico detalhado de viagens, exposições, comorbidades, uso de medicamentos, hábitos de vida e o histórico de vacinação. O exame físico deve focar em sinais e sintomas de infecções sistêmicas ou localizadas, como lesões de pele, adenopatias ou alterações respiratórias, que podem ser indicativos de doenças infecciosas.

- 2) **Diagnóstico de Enfermagem:** Com os dados em mãos, o enfermeiro os analisa para identificar as respostas humanas do paciente (problemas reais ou potenciais). A utilização de uma taxonomia

padronizada como a NANDA-I é essencial para criar um diagnóstico preciso e universalmente compreensível.

Por exemplo, em um paciente com HIV, o enfermeiro pode diagnosticar

- "Risco de Infecção relacionado à imunossupressão"
- "Déficit de Conhecimento sobre o Regime Terapêutico relacionado à complexidade da medicação".

O diagnóstico direciona todo o plano de cuidado subsequente.

3) Planejamento de Enfermagem: Nesta etapa, o enfermeiro define, em conjunto com o paciente, os resultados esperados (utilizando uma taxonomia como o NOC) e as intervenções de enfermagem (NIC) necessárias para alcançar esses resultados. As metas devem ser SMART (específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazo).

- Por exemplo, a meta pode ser "O paciente demonstrará adesão correta ao TARV em 100% das doses, em um período de 7 dias".

O plano de cuidados deve ser individualizado, considerando as particularidades de cada paciente.

4) Implementação de Enfermagem: É a fase de execução das intervenções planejadas. As ações podem ser diretas (assistência beira leito, administração de medicamentos, realização de curativos) ou indiretas (orientação para o paciente e família, coordenação da equipe multidisciplinar, solicitação de exames).

Na infectologia, a implementação inclui a educação em saúde sobre medidas de controle de infecção, a importância de hábitos saudáveis e a prevenção de novas exposições, além da monitorização contínua de sinais e sintomas.

5) Avaliação de Enfermagem: A etapa final é o momento de reavaliação. O enfermeiro verifica se as metas e resultados esperados foram alcançados. Se a meta não foi atingida, o plano de cuidados é revisado e replanejado.

Por exemplo, se o paciente não demonstrar adesão ao TARV, a equipe pode investigar as barreiras e ajustar as estratégias de educação e apoio, fechando o ciclo do cuidado e garantindo a sua continuidade.

A consulta de enfermagem é a aplicação prática e completa do Processo de Enfermagem. Ela transcende um simples procedimento, sendo um ato de cuidado integral que fortalece o vínculo entre o enfermeiro e o paciente. Durante a consulta, o enfermeiro tem a oportunidade de realizar uma escuta

qualificada, uma avaliação detalhada e uma orientação personalizada. Isso empodera o paciente, tornando-o protagonista de seu próprio cuidado. O Processo de Enfermagem, quando aplicado na consulta, garante que o atendimento não seja apenas reativo à queixa principal, mas proativo, abordando as necessidades físicas, emocionais, sociais e educacionais do paciente de forma interligada e contínua (COREN SP, 2021)

A consulta de enfermagem, em muitos serviços de saúde, ainda é subvalorizada, sendo frequentemente tratada somente como forma complementar à consulta médica ou mesmo considerada dispensável. Esse cenário reflete a falta de reconhecimento da consulta de enfermagem como um espaço autônomo de escuta qualificada, educação em saúde e tomada de decisões fundamentadas em bases científicas (Jesus et al., 2022). Esses fatores demonstram influência direta e negativa tanto sobre o bem-estar psicológico das equipes quanto sobre a continuidade e a qualidade da assistência prestada (Silva, 2019). Entretanto, quando conduzida de forma sistematizada, a consulta de enfermagem constitui um momento de diálogo e troca que transforma o paciente em protagonista do próprio cuidado. O enfermeiro capacita o indivíduo a compreender sua real condição clínica, fazendo-os participar ativamente das decisões de tratamento e aderir ao tratamento proposto. Uma das contribuições mais significativas do Processo de Enfermagem, que ultrapassa o aspecto técnico e repercute positivamente na qualidade de vida e na continuidade do tratamento.

O Processo de Enfermagem é reconhecido como o principal método científico que orienta a prática organizada e sistemática do cuidado em enfermagem. Além de seu caráter metodológico, ele também se configura como uma ferramenta tecnológica que contribui para planejar, facilitar e registrar as ações assistenciais. Assim, deve ser compreendido como um instrumento de aprimoramento contínuo da prática profissional. Ao longo do tempo, sua definição e utilização foram se aperfeiçoando, permitindo reconhecer que o julgamento clínico do enfermeiro vai além da avaliação das condições de saúde e de suas complicações, abrangendo também outros aspectos do cuidado. A aplicação criteriosa e estruturada do Processo de Enfermagem favorece a melhoria da qualidade do cuidado, ampliando a visibilidade profissional e oferece um meio eficaz de mensurar e qualificar a prática profissional (Garcia e Nobrega, 2009).

Apesar de sua relevância, a implementação do Processo de Enfermagem (PE) ainda enfrenta diversos desafios no contexto da prática clínica. Além da complexidade inerente à própria metodologia, fatores como a sobrecarga de trabalho, a escassez de tempo e as lacunas na formação e capacitação profissional dificultam sua aplicação sistemática. Tais obstáculos também refletem questões organizacionais, institucionais e até mesmo sociais, relacionadas à percepção do papel do enfermeiro e à valorização da profissão (Garcia e Nóbrega, 2009). Para superar essas barreiras, torna-se essencial o uso de protocolos institucionais, ferramentas de registro padronizadas e a promoção contínua da educação permanente em enfermagem.

Quando aplicado de forma efetiva e consciente, o PE contribui significativamente para a qualificação da assistência, fortalece a autonomia profissional e assegura um cuidado mais seguro, humanizado e de excelência.

Dessa forma, a assistência de enfermagem torna-se fundamental para a pessoa com HIV/aids. Segundo Freire e Minayo (2024), indivíduos que tenham a concordância com o diagnóstico, auxiliam no manejo da doença, contribuindo na mudança de estigma e preconceito que influenciam de formas psicológicas, emocionais e sociais que podem afetar a adesão ao tratamento. Essas narrativas individuais são essenciais para melhorar as estratégias de comunicação, aconselhamento e suporte oferecidos, garantindo que as necessidades sejam abordadas de forma adequada e respeitosa.

Em suma, o Processo de Enfermagem é a base que sustenta a autonomia e a liderança do enfermeiro no cuidado em saúde. Sua aplicação sistemática, especialmente na consulta de enfermagem, garante que a assistência seja de excelência, segura e centrada no paciente. Ao dominar e aplicar o Processo de Enfermagem, o enfermeiro não apenas cumpre um requisito profissional, mas reafirma o seu papel fundamental como cuidador, gestor e educador, impactando positivamente a qualidade de vida e a saúde de quem ele assiste.

O diagnóstico de HIV/aids transcende os aspectos biológicos, abrangendo dimensões psicológicas, sociais e culturais. A desinformação, o preconceito e a estigmatização ainda são barreiras significativas para o acesso ao tratamento e à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (SEBEN, 2008). Nesse contexto, a vigilância contínua, o acolhimento humanizado e a educação em saúde tornam-se estratégias fundamentais para garantir adesão terapêutica e reduzir a transmissão do vírus.

De acordo com Lima (2023), o uso de metodologias ativas na formação em saúde, como o estudo de casos, é essencial para preparar os profissionais diante de situações complexas como a revelação do diagnóstico de HIV. Essa abordagem proporciona experiências práticas e reflexivas, promovendo um atendimento mais empático e ético.

Essa diferenciação permite um plano de cuidados personalizado e centrado na pessoa. A consulta de enfermagem constitui-se como um espaço de escuta, vínculo e cuidado integral. É nela que se manifestam tanto o diagnóstico médico quanto o diagnóstico de enfermagem, cada qual com suas especificidades.

Enquanto o diagnóstico médico foca na identificação da doença ou condição clínica, como a infecção por HIV, tuberculose pulmonar ou sífilis. O diagnóstico de enfermagem concentra-se nas respostas humanas do paciente frente à sua condição de saúde, orientando intervenções voltadas às suas necessidades físicas, emocionais e sociais (NANDA-I, 2021).

O Processo de Enfermagem é o instrumento que estrutura a consulta, garantindo sistematização, registro e continuidade do cuidado. Ele possibilita que o enfermeiro atue com autonomia e fundamentação científica, promovendo intervenções eficazes e humanizadas (Garcia e Nóbrega, 2009). O enfermeiro, ao realizar a consulta, observa não apenas os sinais e sintomas, mas também o impacto da doença na vida do paciente. Assim, uma infecção como o HIV pode gerar diagnósticos de enfermagem como angústia relacionada ao estigma social, déficit de conhecimento sobre o regime terapêutico antirretroviral (TARV) e risco de adesão ineficaz ao tratamento.

Enquanto o médico se concentra em "o que" (a doença), o enfermeiro se concentra em "como" o paciente está respondendo a essa doença (as respostas humanas). Essa abordagem dupla garante uma assistência completa: a doença é tratada com medicamentos, e as necessidades físicas, emocionais, sociais e educacionais do paciente são abordadas de forma personalizada. A consulta de acolhimento se torna, assim, um espaço onde o enfermeiro não apenas coleta dados, mas também cuida do paciente em sua totalidade, fazendo com que ele se sinta acolhido e protagonista em seu processo de recuperação.

11- AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: NO DIAGNÓSTICO CONSULTA, TRATAMENTO DE HIV/AIDS



Fonte: Ricardo Funari (Getty Images) Uma pessoa faz um teste rápido de HIV durante uma campanha em Brasília.

Nos últimos anos, a autonomia do enfermeiro para atuar no diagnóstico, na consulta e no tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, especialmente no caso do HIV/aids, tem crescido de forma significativa. Essa liberdade para tomar decisões clínicas, sempre respaldadas por fundamentos jurídicos, como aponta o parecer nº 12/2020 do CTAS/COFEN, reforça o papel importante da enfermagem na atenção à saúde. Essas iniciativas estão alinhadas às recomendações nacionais e internacionais de boas práticas, destacando a relevância do papel do enfermeiro na resolução dos desafios do SUS. Cada vez mais, os profissionais de enfermagem se tornam agentes capazes de oferecer soluções eficazes no cuidado,

fortalecendo a relação entre os serviços de saúde e as pessoas que atendem (Cofen, 2020; Moraes, 2025; Almeida et al., 2025).

O enfermeiro atua como um verdadeiro agente de cuidado em diferentes níveis de atenção. Em situações de estabilidade clínica, ele pode prescrever medicamentos antirretrovirais (TARV) e solicitar exames complementares, como testes de genotipagem. Além disso, participa ativamente na implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP), realizando acompanhamento, orientações ao paciente e consultas de enfermagem baseadas no Plano de Cuidados do PE. Essa autonomia é respaldada por avanços na legislação, protocolos específicos — incluindo a Nota Técnica nº 369/2020 e as resoluções nº 40/2023 do COFEN — e pelo sucesso do enfermeiro na promoção da saúde, prevenção e tratamento das hepatites virais e na gestão da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Essas ações contribuem positivamente para a saúde pública brasileira (Moraes, 2025; Cofen, 2023; Ministério da Saúde, 2020).

O parecer nº 12/2020 da Câmara Técnica do COFEN é um documento fundamental que aborda a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV. Ele trata da realização de testes rápidos e da prescrição dos medicamentos relacionados a essas estratégias. Além de reconhecer a importância dessas medidas preventivas, o parecer destaca o papel do profissional de enfermagem na educação dos pacientes e na administração adequada do tratamento, garantindo que as ações preventivas sejam acessíveis e eficazes (Cofen, 2020).

O diagnóstico precoce do HIV/aids é essencial para orientar o cuidado com essa população. Além disso, essa análise conceitual está profundamente relacionada ao avanço do conhecimento na área de Enfermagem (Duarte et al., 2023). A autonomia profissional refere-se à capacidade do enfermeiro de tomar decisões clínicas e realizar intervenções de forma independente, sempre fundamentado em conhecimentos científicos atualizados, princípios éticos e competências legais. Essa autonomia é garantida pelo Código de Ética e por legislações específicas. Na infectologia, ela se manifesta no cuidado clínico, na liderança da equipe multiprofissional e na atuação como agente transformador no processo assistencial — saindo da simples execução de procedimentos para promover uma abordagem integral e responsável no tratamento dos pacientes.

A consulta de enfermagem é uma das principais manifestações dessa autonomia. Nesse momento, a escuta ativa é uma ferramenta fundamental para estabelecer uma relação de empatia e confiança com o paciente. Essa conexão favorece que ele possa expressar suas angústias, medos e expectativas — elementos essenciais para o sucesso do tratamento. Além disso, a consulta serve como espaço para transmitir informações relevantes sobre a condição clínica e incentivar o envolvimento ativo do paciente nos cuidados (Macedô et al., 2013; Passos et al., 2025).



A enfermagem é uma profissão voltada à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades. Sua prática se apoia em conhecimentos técnicos e científicos adquiridos por meio de práticas sociais, éticas e políticas que envolvem ensino, pesquisa e assistência (Corrêa, 2023). O enfermeiro tem responsabilidade primária em garantir que o paciente adira ao tratamento antirretroviral, desenvolvendo estratégias personalizadas — como criar calendários de medicação ou identificar obstáculos que possam impedir o uso contínuo dos medicamentos. Sua atuação autônoma é fundamental para prevenir interrupções no tratamento e garantir melhores resultados clínicos.

Além disso, o enfermeiro atua como mediador entre diferentes equipes multidisciplinares, desempenhando funções que envolvem gestão, extensão social, pesquisa e ensino. Como educador natural dessa equipe, ele tem o papel importante de transmitir conhecimentos aos pacientes e às equipes. Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro esteja sempre atento às novas demandas do cenário atual — integrando saberes diversos para promover uma mediação do conhecimento mais eficiente e acessível aos estudantes. A educação em saúde faz parte da essência da enfermagem há décadas: ela deve ser realizada de forma integrada e multidisciplinar, com o enfermeiro atuando como suporte técnico e humano para fortalecer a autonomia do paciente (Marques et al., 2023; Suleman et al., 2025). Essa abordagem empodera as pessoas e representa uma das principais contribuições da enfermagem para melhorar sua qualidade de vida.

O paciente precisa se perceber como parte integrante da equipe de saúde, recebendo acolhimento adequado e orientações claras, especialmente porque muitos ainda têm acesso limitado às informações necessárias. Quando alguém recebe um diagnóstico positivo para HIV, muitas vezes enfrenta sentimentos intensos de medo diante da rejeição social, discriminação ou até mesmo abandono. Para muitos, essa condição ainda é vista como uma sentença definitiva ou causa grande angústia emocional (Corrêa, 2023; UNAIDS, 2025). Essas necessidades exigem ações multiprofissionais coordenadas por profissionais que estabeleçam vínculos terapêuticos sólidos, tarefa frequentemente desempenhada pelo enfermeiro ao criar um relacionamento confiável com o paciente (Fernandes et al., 2022).



12- ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PVHIV

FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PVHAV

Elaborado pelas autoras, com fundamentação no Processo de Enfermagem.

1. Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data: ____/____/____

Número de prontuário: _____

2. Queixa Principal e História da Doença Atual

3. Histórico de Saúde

Antecedentes pessoais e familiares relevantes:

Comorbidades:

Histórico de alergias:



4. Exame Físico

Sinais Vitais: PA: ____/____ mmHg

FC: ____ bpm

FR: ____ irpm

Temp: ____ °C

SpO₂: ____ %

Avaliação geral:

O presente instrumento foi elaborado pelas autoras.

Pele e mucosas:

Sistema respiratório:

Sistema cardiovascular:

Sistema gastrointestinal:



Outros achados:

5. Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

6. Planejamento de Enfermagem (NOC/NIC)

Resultados esperados:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Intervenções propostas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Prazo/meta:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

7. Implementação



Descrição das ações realizadas:

Orientações fornecidas ao paciente/família: Sim () Não ()

8. Aderente a TARV Sim () Não ()

9. Avaliação relacionada à adesão à TARV.

10. Avaliação Psico-socio-espiritual



Pharmacy Practice, Granada, v. 15, n. 2, p. 930, 2017.

BRASILa. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>. Acesso em: 31 maio 2021.

BRASILb. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf.

BRASILc. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf.

BRASILd. Ministério da Saúde. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv.pdf.

BRASILE. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASILf. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico: Número Especial. Brasília, 2023.

BRASILg. Ministério da Saúde. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tuberculose-atencao-primaria-saude-protocolo-enfermagem.pdf>.

BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **HIV/Aids – Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/hiv-aids>.

CACHAY, E. R. **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. In: MANUAL MSD: Versão para Profissionais de Saúde. [S. l.]: Mayo Clinic, 2025.

CAMILLO, C. S. M.; OLIVEIRA, E. C.; GONÇALVES, H. N. Diagnóstico de enfermagem em pessoas vivendo com HIV/Aids: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 372–376, 2012.

CARVALHO, E. M. P. *et al.* Acolhimento à demanda espontânea na atenção primária: percepção dos enfermeiros. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 14, e14690, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/download/690/671/3498>. Acesso em: 6 nov. 2025.

CELUPPI, I. C. *et al.* Practical Approach to Care Kit: inovação para a clínica do enfermeiro no manejo do HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **About HIV**. Atlanta, GA: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CHÁVARE, J. *et al.* Fatores de adesão de tratamentos médicos no HIV. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. 1–8, 2024.

CONCEIÇÃO, W. S.; LIMA, G. C.; SOLER, O. Adherence to antiretroviral therapy: scope review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 5, e7513545826, 2024. Disponível em:



<https://rsdjournal.org/rsd/article/view/45826>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Câmara Técnica nº 12/2020 – CTAS/COFEN**. Brasília, DF: Cofen, 2020. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/De-Câmara-Técnica-nº-12_2020_CTAS_COFEN.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Cofen aprova medidas para ampliar atuação da Enfermagem no enfrentamento ao HIV/Aids, ISTs e hepatites virais**. Brasília, DF: Cofen, 2022. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/cofen-aprova-medidas-para-ampliar-atuacao-da-enfermagem-no-enfrentamento-a-hiv-aids-ists-e-hepatites_103728.html.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 564/2017**: aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

CORRÊA, A. O. *et al.* Binômio HIV/Aids e o papel do enfermeiro na assistência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Maceió, v. 6, n. 14, p. 1–9, 2023.

CORRÊA, L. C. Binômio HIV/AIDS e o papel do enfermeiro na assistência ao paciente portador desta condição. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Paranaense, Guaíra, PR, 2023.

COSTA, N. C. *et al.* Política Nacional de Humanização em Saúde: desafios e estratégias para transformar a relação profissional-paciente e ampliar o acolhimento. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 52, e8025, 2025.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015.

DESSIE, Z. G.; ZEWOTIR, T. HIV-related stigma and associated factors: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 12, 1356430, 2024.

DUARTE, F. H. S. *et al.* Diagnóstico precoce da infecção por HIV/Aids: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 3, e20220565, 2023.

DULLAERS, M.; THIELEMANS, K. From pathogen to medicine: HIV-1-derived lentiviral vectors as vehicles for dendritic cell based cancer immunotherapy. **Journal of Gene Medicine**, v. 8, n. 1, jan. 2006.

EKWUOFU, A. E.; DIM, O. F.; ADIBE, M. O. Impact of differentiated care service delivery systems on adherence among HIV-positive patients receiving antiretroviral therapy in a Southeastern Nigerian State. **AIDS Research and Therapy**, v. 22, art. 32, 2025. Disponível em: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-024-00671-y>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ELLIOTT, J. H.; LEWIN, S. R. HIV persistence and reservoirs. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 17, n. 4, p. 196–204, 2022.

FACKLER, O. T.; ALCOVER, A.; SCHWARTZ, O. Modulation of the immunological synapse: a key to HIV-1 pathogenesis? **Nature Reviews Immunology**, v. 7, 2007.

FERNANDES, S. F. *et al.* Assistência em HIV/aids na atenção básica no semiárido nordestino. **APS em Revista**, v. 4, n. 1, p. 3–11, 2022.

FONSECA, B. S. *et al.* O conhecimento sobre HIV/Aids: o que pensam os jovens? **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 10, n. 4, p. 79–104, 2025.



GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188–193, 2009.

GUIMARÃES, S. S. *et al.* Evidências de validade da escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV. **Psi Unisc**, v. 8, n. 1, p. 316-332, 2024. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/18479>. Acesso em: 4 nov. 2025.

GULATI, S.; PANDURANGAN, H.; GUPTA, P. K. Eficácia do programa de intervenção multicomponente liderado por enfermeiros. **Journal of Education and Health Promotion**, Delhi, v. 14, n. 39, p. 1–10, 2025.

IDRIS, F. A. *et al.* HIV/AIDS-related stigma and discrimination among healthcare workers in Sudan: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 412, 2025. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-11297-2>. Acesso em: 2 nov. 2025.

JESUS, L. A. *et al.* Ensino da consulta de enfermagem na formação do enfermeiro: estudo bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, e84473, 2022.

KAMEL, L. O papel da resposta brasileira e internacional ao HIV/Aids na formação do campo da saúde global. **Interface (Botucatu)**, v. 29, e240650, 2025.

KARACHALIOS, A. *et al.* Knowledge about biomedical HIV prevention among healthcare workers: A cross-sectional study in Europe and Central Asia. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 812, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40390383/>. Acesso em: 4 nov. 2025.

LEMOS, E. R. S. *et al.* (ed.). **Tópicos em Virologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2023. 306 p.

LIMA, A. P. S.; OLIVEIRA, T. M.; PEREIRA, D. H. S. Estigma e preconceito: desafios no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, n. 2, p. 1–9, 2025.

LIMA, M. C. L. *et al.* Estigma e preconceito no atendimento às pessoas vivendo com HIV. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020.

LIOI, F. M. *et al.* Construção e validação de Portal Informativo sobre a prevenção combinada do HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4510, 2025. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/236659>. Acesso em: 6 nov. 2025.

LIOI, F. M. *et al.* Tratamento como prevenção na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/aids. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, eAPE012323, 2023.

LIU, J. *et al.* Factors associated with antiretroviral treatment adherence among people living with HIV in Guangdong Province, China: a cross-sectional analysis. **BMC Public Health**, v. 24, art. 1358, 2024. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18774-6>. Acesso em: 5 nov. 2025.

LUCAS, M. C. V.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33053, 2023.

MACÊDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 196–201, 2013.



MAIA, Érica Catarine Ataíde; REIS JUNIOR, Leandro Passarinho. Modos de enfrentamento do HIV/Aids: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.

MAYNART, W. H. O. *et al.* Vínculo como categoria estruturante do acolhimento em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2721–2730, 2014.

MOURA, T. J. S.; LUNA, I. C. O.; NASCIMENTO, C. Q. Assistência de enfermagem à pessoa vivendo com HIV: uma revisão narrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Maceió, v. 7, n. 15, p. 1–10, 2024.

MÜLLER, L. A. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV em um centro de sorologia especializado. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 11, n. 1, 2025. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/47690>. Acesso em: 6 nov. 2025.

NASCIMENTO NETO, Mary Anne do. **Memórias da equipe de enfermagem na primeira década da epidemia da Aids**. 2013. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **AIDS INFO**: Doença do Complexo Mycobacterium avium Disseminado. EUA, 2025.

NETO, L. F. S. P. *et al.* Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: HIV infection in adolescents and adults. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020588, 2021.

NEVES, C. L. R. *et al.* The nursing care of the client with HIV/AIDS in a university hospital in the 1980's. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, p. 299-316, 2009.

OLCZAK, K. *et al.* Knowledge of HIV prevention strategies based on antiretroviral treatment (PrEP and PEP) among medical students. **Nursing Problems**, v. 33, n. 3, p. 136-140, 2025. Disponível em: <https://www.termedia.pl>. Acesso em: 6 nov. 2025.

OLIVEIRA, J. G. S. *et al.* As contribuições da enfermagem no programa HIV/Aids no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 7, p. 1233–1244, 2025.

OUNER, J. J. *et al.* Correlates of internalized stigma and antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in the Volta region of Ghana. **BMC Public Health**, v. 25, n. 342, 2025. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-21500-5>. Acesso em: 3 nov. 2025.

PAES, E. *et al.* **Atenção Primária à Saúde Transmissíveis**: guia rápido infecção pelo HIV e AIDS. 3. ed. Rio de Janeiro: Saúde Pública Carioca, 2022. 118 p.

PHEBO, L. (coord.). **Nós somos a resposta**: o que adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids pensam sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Brasília, DF: UNICEF Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/nos-somos-resposta>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PIAO, Y. *et al.* Stigma Attitudes Toward HIV/AIDS From 2011 Through 2023 in Japan: Retrospective Study in Japan. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e69696, 2025. Disponível em: <https://www.jmir.org/2025/1/e69696>.

PIRAN, C. M. G. *et al.* Abandono da terapia antirretroviral entre adolescentes e jovens com HIV/aids durante a COVID-19: estudo caso-controlado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e3949, 2023.



SANTOS, G. R. S. *et al.* Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180014, p. 1-16, 2019.

SANTOS, S. G. S. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre a ausência de adolescentes vivendo com HIV na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 29, e20250049, 2025. Disponível em: <https://eanjournal.org>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SILVA, L. C. *et al.* Desafios da enfermagem na assistência a pacientes com HIV nas unidades de saúde da família de Porto Nacional. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 23, n. 5, p. 1-14, 2025.

SILVÉRIO, R. F. L. *et al.* Cuidado às pessoas vivendo com HIV na atenção especializada: uma análise à luz da vulnerabilidade programática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, e00072024, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOUZA, G. L. H. *et al.* Papel do enfermeiro no cuidado do HIV/AIDS na terapia intensiva: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e27511931762, p. 1-10, 2022.

UNAIDS. **The path that ends AIDS: UNAIDS global AIDS update 2023**. Geneva: UNAIDS, 2023. 196 p.

VASCONCELOS, M. M. L. M. *et al.* Simplificação terapêutica com lamivudina e dolutegravir em pacientes vivendo com HIV no Ceará (Estudo LAMDO). **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e59711932251, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline on HIV service delivery: updated guidance on the integration of diabetes, hypertension and mental health services, and interventions to support adherence to antiretroviral therapy**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113879>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PASSOS, B. S.; CHAVES, J. P.; OLIVEIRA, T. M.s; NOGUEIRA, M. B. L. O impacto da escuta ativa e do manejo da dor na assistência de enfermagem: abordagem humanizada e desafios profissionais. **Revista Multidisciplinar Integrada – REMI**, v. 3, 2025. ISSN 3085-9727. Disponível em: <https://doi.org/10.61164/6nxasg67>. Acesso em: 24 jan. 2026.

UNAIDS Brasil; Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero; PUC-RS; Secretaria-Geral da Presidência da República. **Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV 2025**. Brasília: UNAIDS Brasil, 2025.

SULEMAN, D.; IQBAL, F.; NICIZA, J. Exploring the strategies to enhance nurse competence in health education for disease prevention. **BMC Nursing**, v. 24, art. 828, 03 jul. 2025.