



*Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV: validação de um guia rápido para o manejo na Atenção Primária à Saúde*

*Decentralizing the follow-up and treatment of people living with HIV: Validation of a quick reference guide for management in Primary Health Care*

*Descentralización del seguimiento y tratamiento de las personas que viven con el VIH: validación de una guía rápida para la gestión de la Atención Primaria en Salud*

Cesar Augusto da Silva  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Daniela Cardoso Tietzmann  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Autor correspondente: Cesar Augusto da Silva – E-mail: cesar.silva1993@gmail.com

Recebido em: 27 de setembro de 2023 – Aprovado em: 9 de abril de 2024 – Publicado em: 27 de maio de 2024

RESUMO

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde tem papel central no cuidado das Pessoas Vivendo com HIV, mas enfrenta dificuldades para a descentralização do tratamento antirretroviral (TARV). **Objetivo:** Descrever o processo de construção e validação de um guia de consulta rápida para o tratamento e acompanhamento de Pessoas Vivendo com HIV por médicos na APS. **Métodos:** Elaborou-se um guia rápido, que foi avaliado por especialistas da área através do método Delphi, utilizando-se escala de Likert e comentários abertos. Para definir a proporção de concordância entre os avaliadores, utilizou-se o índice de validade de conteúdo para cada item individualmente (I-IVC) e para todo o guia (S-IVC/Ave). **Resultados:** Foram necessárias três rodadas para se atingir concordância mínima de S-IVC/Ave de 0,95. Participaram cinco avaliadores com média de tempo de experiência na assistência às Pessoas Vivendo com HIV de 18,6 anos (mediana de 25 anos) e média de tempo de experiência trabalhando com políticas públicas relacionadas ao tema de 17,6 anos. Os itens que apresentaram os menores escores de I-IVC foram “Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV” (I-IVC 0,2) e “Profilaxias” (I-IVC 0,2). **Conclusões:** A elaboração do guia suscitou discussões relevantes e permitiu a validação de material com aplicabilidade prática no cuidado às Pessoas Vivendo com HIV. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

ABSTRACT

**Introduction:** Primary Health Care plays a central role in the care of People Living with HIV but faces difficulties in decentralizing antiretroviral treatment (ART). **Objective:** To describe the process of

Palavras-chave

Atenção Primária à Saúde;  
Infecções por HIV;  
Integralidade em Saúde.

Keywords

Primary Health Care;  
HIV Infection;

developing and validating a quick reference guide for the treatment and follow-up of people living with HIV by doctors in PHC. **Methods:** A quick reference guide was developed and evaluated by experts in the field using the Delphi method with a Likert scale and open-ended comments. To determine the proportion of agreement between raters, the index of content validity was used for each item individually (I-IVC) and for the entire guide (S-IVC/Ave). **Results:** Three runs were required to achieve a minimum agreement of 0.95 (S-IVC/Ave). Five reviewers participated who had an average of 18.6 years of experience in caring for people living with HIV (median 25 years) and an average of 17.6 years of experience in working with public policies on this topic. The items with the lowest I-IVC scores were "Assessment of person's readiness to start ART" (I-IVC 0.2) and "Prophylaxis" (I-IVC 0.2). **Conclusions:** The development of the guideline prompted relevant discussions and enabled the validation of material with practical applicability in the care of People Living with HIV. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

## RESUMEN

**Introducción:** La Atención Primaria en Salud desempeña un papel central en la atención a las personas que viven con el VIH, pero se enfrenta a dificultades para descentralizar el Tratamiento Antirretroviral (TAR). **Objetivo:** Describir el proceso de elaboración y validación de una guía de consulta rápida de referencia, para el tratamiento y seguimiento de personas que viven con el VIH, por los médicos de APS. **Métodos:** Se elaboró una guía rápida que fue evaluada por especialistas del área a través del método Delphi, utilizando una escala Likert y comentarios abiertos. Para definir la proporción de concordancia entre los evaluadores, se utilizó el índice de validez de contenido para cada ítem individualmente (I-IVC) y para toda la guía (S-IVC/Ave). **Resultados:** Fueron necesarias tres rondas para alcanzar una concordancia mínima S-IVC/Ave de 0,95. Participaron cinco evaluadores, con una media de 18,6 años de experiencia en la atención a personas que viven con el VIH (mediana de 25 años) y una media de 17,6 años de experiencia trabajando con políticas públicas en el tema. Los ítems que presentaron las puntuaciones I-IVC más bajas fueron "Evaluación del grado de preparación de la persona para iniciar el TAR" (I-IVC 0,2) y "Profilaxis" (I-IVC 0,2). **Conclusiones:** La elaboración de la guía suscitó discusiones relevantes y permitió la validación del material con aplicabilidad práctica en la atención a las personas que viven con el VIH. Este texto es el resultado del programa de postgrado *stricto sensu*, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

*Integrity in Health.*

## *Palabras clave*

*Atención Primaria de Salud;  
Infecciones por VIH;  
Integralidad en Salud.*

## Introdução

As definições de saúde e doença não são estáticas, sofrendo modificações de acordo com mudanças que ocorrem em uma sociedade. Esse processo gera ressignificações e atualizações do conhecimento individual e coletivo sobre determinadas condições de saúde e vem ocorrendo de maneira bastante clara no caso da epidemia de HIV/Aids (1).

Os primeiros indícios da aids surgiram a partir do relato de casos de sarcoma de Kaposi e pneumocistose entre homens que faziam sexo com homens previamente sadios nos Estados Unidos em 1981 (2). O vírus foi finalmente identificado e isolado em 1983, e os anos seguintes foram marcados pela evolução progressiva da epidemia de aids, que rapidamente afetou múltiplos continentes (3).

A aids na década de 1980 mexeu com a compreensão de saúde e doença da sociedade, ao passo que desafiava o modelo biomédico de saúde vigente à época, centrado na doença, que não encontrava cura efetiva para os muitos pacientes que evoluíam para quadros graves de imunossupressão e, por fim, para a morte (4). Ao mesmo tempo, criou-se uma cultura de culpabilização do indivíduo, justamente pelo modo de transmissão da infecção, relacionado a práticas sexuais consideradas como tabus, sendo discriminadas e estigmatizadas pela sociedade (1).

Com o passar do tempo, os avanços científicos permitiram o desenvolvimento de fármacos cada vez mais eficazes e com perfil de efeitos colaterais mais tolerável, permitindo às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) em uso de terapia antirretroviral (TARV) viver com qualidade de vida e controle da infecção. Esse advento trouxe mudanças de valores, crenças e hábitos, levando a uma ressignificação do cuidado dessas pessoas. (1).

A perspectiva de cronicidade da condição passou a demandar um cuidado mais integral das PVHIV (5). Essa população, com o envelhecimento, acaba desenvolvendo outras doenças crônicas – como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares –, cujo manejo foge do escopo dos Serviços de Atenção Especializada (SAE), cujo foco são as doenças infecciosas (6). Além disso, apesar da importância dos SAE para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em diversos municípios passou-se a perceber uma sobrecarga desses serviços, com grande número de pacientes em seguimento clínico, com perspectivas limitadas de expansão da rede (7).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade do cuidado (8). Esses quatro atributos nucleares, acompanhados da orientação familiar,

comunitária e competência cultural, fazem com que esse nível de atenção seja um ótimo espaço para o acompanhamento de condições crônicas, inclusive as relacionadas ao HIV (9).

Novas diretrizes nacionais e experiências locais em diversos municípios – em especial Curitiba, Rio de Janeiro, Florianópolis e Porto Alegre – consideraram a APS como a figura central no cuidado das PVHIV, de forma que esse nível de cuidado, inicialmente responsável exclusivamente pelas medidas preventivas, passou a ocupar uma posição cada vez maior de protagonismo, atuando ativamente no diagnóstico, estratificação de risco, tratamento e acompanhamento dessas pessoas (9-10).

O processo de descentralização no âmbito nacional vem ocorrendo paulatinamente, inicialmente com a capilarização das tecnologias diagnósticas para testagem de HIV, hepatites virais e sífilis, em 2012, e, finalmente, em 2013, com o incentivo do Ministério da Saúde para o acompanhamento e tratamento de PVIHV após estratificação de risco nas unidades de saúde (9, 11). Em 2014, com o estabelecimento, pelo Departamento Nacional de Saúde, dos cinco passos para o manejo clínico da infecção pelo HIV na APS, essa mudança no direcionamento do atendimento foi reforçada (10).

Apesar de todo o avanço, ainda são percebidas dificuldades para a efetivação de um modelo descentralizado de cuidado das PVHIV, devendo ser desenvolvidas ferramentas que instrumentalizem os profissionais atuantes nesse ponto de atenção (12). Dessa forma, o objetivo deste artigo é descrever o processo de construção e validação de um guia rápido para o cuidado descentralizado das PVHIV por médicos da APS do município de Porto Alegre, através do método Delphi.

## Métodos

Trata-se, aqui, de um estudo metodológico de abordagem quantitativa realizado em duas etapas. A primeira etapa envolveu a elaboração de um guia rápido para o cuidado das PVHIV, direcionado a médicos da APS de Porto Alegre. Na segunda etapa, o material desenvolvido foi apresentado a avaliadores com experiência no cuidado das PVHIV, para adequações e validação através do método Delphi (13).

A elaboração do guia rápido se deu a partir de referências atualizadas de literatura, protocolos e portarias relevantes sobre o assunto, em especial materiais do Ministério da Saúde do Brasil (14).

Para participar como avaliador das rodadas do questionário, buscaram-se especialistas com experiência no tema, em especial no manejo descentralizado da infecção pelo HIV nos contextos de APS. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: profissional médico com experiência profissional

mínima de cinco anos com a temática HIV; ao menos cinco anos trabalhando diretamente com gestão de políticas públicas relacionadas às PVHIV; ao menos cinco anos trabalhando com pesquisa e/ou ensino relacionados às PVHIV; profissional atuante no Ministério da Saúde ou no município de Porto Alegre.

A seleção dos avaliadores ocorreu através da revisão de materiais considerados referências no acompanhamento de PVHIV na APS e posterior apreciação dos currículos de seus autores na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram apreciados os currículos de autores e colaboradores dos seguintes materiais: TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde, versão digital 2021 (15); e capítulo 261 sobre vírus da imunodeficiência humana do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2.<sup>a</sup> edição de 2018 (16). Ambos os materiais são amplamente utilizados na prática por médicos da APS no cuidado das PVHIV.

Inserir a atuação no Ministério da Saúde ou no município de Porto Alegre como critério de inclusão teve como objetivo padronizar as experiências, uma vez que as diretrizes e normativas de referência partem do Ministério da Saúde e são adaptadas às realidades locais. Dessa forma, optou-se pela estratégia de incluir profissionais que atuam diretamente no local onde o guia será utilizado.

Delineou-se um questionário para fins de coleta de dados relevantes referentes às trajetórias profissionais e experiências dos avaliadores do guia. Os dados levantados foram referentes a: idade, identidade de gênero, raça, macrorregião de procedência, nível educacional, tempo de experiência trabalhando diretamente na assistência às PVHIV, tempo trabalhando diretamente com gestão de políticas públicas relacionadas às PVHIV, tempo trabalhando em ensino e pesquisa relacionados ao HIV, especialidade médica, ano de formação na graduação, ano de formação na especialidade médica e programa de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) cursado.

Após a apreciação dos currículos dos autores, encontraram-se seis potenciais avaliadores, que se encaixavam nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Foram enviados convites, através de *e-mail* ou de rede social, para os selecionados em maio de 2022, alcançando-se cinco aceites e uma recusa.

Uma primeira versão do “Guia rápido para manejo da infecção pelo HIV em adultos na APS” foi elaborada. Essa versão foi então dividida em 23 excertos organizados no formato de questionário através da ferramenta Google Forms®. Os excertos foram apresentados em páginas individuais, obedecendo à ordem sequencial do guia.

Em cada página do questionário, foi solicitado aos avaliadores que explicitassem seu grau de concordância com as informações contidas no excerto através de uma escala de Likert, graduada em cinco níveis: discordo totalmente; discordo; indiferente; concordo; e concordo totalmente. Em seguida, solicitou-se ao avaliador que realizasse, na forma de texto, apontamentos, críticas e sugestões de melhorias referentes ao excerto avaliado e ao guia como um todo.

Após a aplicação do primeiro questionário, as sugestões de melhoria foram coletadas e serviram de base para a reformulação de versões subsequentes. Essas versões eram novamente apresentadas aos avaliadores no formato de questionário, para novos apontamentos. Cada rodada tinha uma duração prevista de dez dias, com flexibilidade de mais dez dias de prazo caso algum avaliador manifestasse essa necessidade.

Para definir a proporção de concordância entre os avaliadores, utilizou-se o índice de validade de conteúdo (IVC), calculado a partir da razão entre o número de avaliadores concordantes pelo número total de avaliadores. Cada item teve seu índice de validade de conteúdo individual calculado (I-IVC); e, ao final de cada rodada do Delphi, também se calculou a o índice de validade de conteúdo médio (S-IVC/Ave) a partir da média aritmética dos IVCs de todos os itens da rodada (17).

Aceitou-se como taxa de concordância mínima um S-IVC/Ave de 0,95 entre os avaliadores. As opções “concordo” e “concordo totalmente” foram consideradas como concordantes, enquanto as demais opções foram consideradas como discordantes para fins de cálculo.

O presente estudo foi aprovado pelos comitês de ética e pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA (parecer n.º 4.218.424) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (parecer n.º 4.373.622; CAAE n.º 35994820.6.0000.5345).

## Resultados e discussão

O Delphi contou com a participação de cinco avaliadores, três do sexo masculino (60%) e dois do sexo feminino (40%). As idades dos avaliadores variaram de 33 a 63 anos (média = 42,75 anos). Houve predominância de participantes oriundos da região sul (60%, n=3), com média de tempo de experiência na assistência às PVHIV de 18,6 anos (mediana de 25 anos), média de tempo de experiência trabalhando diretamente com políticas públicas relacionadas às PVHIV de 17,6 anos (mediana de 25 anos) e tempo de experiência trabalhando com pesquisa e ensino relacionados ao HIV de 16,6 anos (mediana de 20 anos).

Como avaliadores, contou-se com dois médicos de família e comunidade, dois infectologistas e um clínico. O tempo médio de experiência na carreira médica foi de 21,2 anos (mediana de 25 anos) e o tempo médio de experiência com a especialidade foi de 17,25 anos (mediana de 15 anos).

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família ser composta por equipe multiprofissional, optou-se pela escolha de avaliadores da categoria médica, pois o conteúdo do guia apresentava pontos específicos que envolviam tratamento, prescrição e seguimento de terapia antirretroviral.

A primeira rodada de avaliação pelo Delphi contou com a participação de 100% dos avaliadores selecionados. Ao final, foi obtido um S-IVC/Ave de 0,83, com 30,4% (n=7) dos 23 itens avaliados apresentando I-IVC insatisfatório, conforme a metodologia. Os resultados estão compilados na tabela 1.

**Tabela 1.** Resultados da primeira rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC e S-IVC/Ave

| Excerto  | Discordo totalmente |    | Discordo |     | Indiferente |    | Concordo |      | Concordo totalmente |      | I-IVC |
|--|---------------------|----|----------|-----|-------------|----|----------|------|---------------------|------|-------|
|  | n                   | %  | n        | %   | n           | %  | n        | %    | n                   | %    |       |
| 1. Introdução  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 1        | 20%  | 4                   | 80%  | 1     |
| 2. Cuidado centrado na pessoa                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| 3. História natural da infecção                                | 0                   | 0% | 2        | 40% | 0           | 0% | 1        | 20%  | 2                   | 40%  | 0,6   |
| 4. Promoção e prevenção  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 2        | 40%  | 3                   | 60%  | 1     |
| 5. Profilaxia pós-exposição (PEP)                              | 0                   | 0% | 3        | 60% | 0           | 0% | 0        | 0%   | 2                   | 40%  | 0,4   |
| 6. Profilaxia pré-exposição (PrEP)                             | 0                   | 0% | 2        | 40% | 0           | 0% | 1        | 20%  | 2                   | 40%  | 0,6   |
| 7. Diagnóstico e notificação                                   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 3        | 60%  | 2                   | 40%  | 1     |
| 8. Comunicação e testagem para HIV                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 5        | 100% | 0                   | 0%   | 1     |
| 9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV | 0                   | 0% | 4        | 80% | 0           | 0% | 1        | 20%  | 0                   | 0%   | 0,2   |
| 10. Avaliação clínica inicial                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| 11. Exames complementares iniciais                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 5        | 100% | 0                   | 0%   | 1     |
| 12. Rastreamentos  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| 13. Imunizações  | 0                   | 0% | 3        | 60% | 0           | 0% | 0        | 0%   | 2                   | 100% | 0,4   |
| 14. Profilaxias  | 0                   | 0% | 4        | 80% | 0           | 0% | 0        | 0%   | 1                   | 20%  | 0,2   |
| 15. TARV na APS  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| 16. Situações de exceção ao esquema inicial                    | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 3        | 60%  | 2                   | 40%  | 1     |
| 17. Gestantes e MVHIV em idade fértil                          | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| 18. Efeitos adversos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 3        | 60%  | 2                   | 40%  | 1     |
| 19. Periodicidade das consultas                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 1        | 20%  | 4                   | 80%  | 1     |
| 20. Monitoramento de CD4 e CV                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 1        | 20%  | 4                   | 80%  | 1     |
| 21. Falha virológica   | 0                   | 0% | 1        | 20% | 0           | 0% | 1        | 20%  | 3                   | 60%  | 0,8   |
| 22. Critérios de encaminhamento                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 1        | 20%  | 4                   | 80%  | 1     |
| 23. Anexos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0% | 0        | 0%   | 5                   | 100% | 1     |
| S-IVC/Ave  |                     |    |          |     |             |    |          |      |                     |      | 0,83  |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

Na primeira rodada, os itens que apresentaram os menores escores de I-IVC foram: Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV (I-IVC 0,2); Profilaxias (I-IVC 0,2); Profilaxia pós-exposição

(I-IVC 0,4); Imunizações (I-IVC 0,4); História natural da infecção (I-IVC 0,6); Profilaxia pré-exposição (I-IVC 0,6); Falha virológica (I-IVC 0,8).

Foram feitos 52 comentários, sugestões e/ou apontamentos ao longo da primeira rodada, que serviram de base para a reestruturação do guia. A síntese das principais sugestões se encontra na tabela 2.

**Tabela 2.** Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na primeira rodada do Delphi

| Excerto   | Sugestões de modificações pelos avaliadores  |
|---|--|
| Profilaxia pós-exposição (PEP)                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adição da expressão “exposição sexual consentida, estupro ou acidente perfuro cortante”.</li> <li>• Enfatizar o risco de infecção por outras ISTs (sífilis, gonorreia, clamídia e hepatites virais).</li> </ul> |
| Profilaxia pré-exposição (PrEP)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar as populações e critérios para indicação da PrEP, conforme protocolo clínico e diretrizes terapêuticas em processo de aprovação pela Conitec.</li> </ul>  |
| Comunicação e testagem para HIV                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir discutir e orientar estratégias de prevenção combinada (preservativos, PEP, PrEP, etc) em caso de teste não reagente para HIV.</li> </ul>   |
| Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar os benefícios e a importância do início oportuno da TARV o mais precocemente possível.</li> </ul>  |
| Imunizações   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicionar a vacina meningocócica C ou ACWY.</li> </ul>  |
| Profilaxias   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualizar o tratamento para ILTB, conforme nota técnica, de 2018 considerando o novo tratamento com rifapentina associada à isoniazida.</li> </ul>  |
| Falha virológica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a importância de buscar ativamente fatores potenciais de má adesão para corrigi-los.</li> </ul>  |
| Comentários finais  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicionar exames gerais para seguimento.</li> <li>• Informações sobre síndrome da reconstituição imune.</li> <li>• Adicionar trecho sobre situações que exigem brevidade no início da TARV.</li> </ul>          |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

Compilaram-se os dados da segunda rodada do Delphi na tabela 3. Todos os avaliadores participaram, obtendo-se um S-IVC/Ave de 0,912. Seis tópicos apresentaram um I-IVC abaixo do esperado, sendo eles: Situações de exceção ao esquema inicial (0,4); Profilaxia pós-exposição (0,4); História natural da infecção (0,8); Profilaxia pré-exposição (0,6); Promoção e prevenção (0,8); Critérios de encaminhamento (0,8).

**Tabela 3.** Resultados da segunda rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC e S-IVC/Ave

| Excerto  | Discordo totalmente |    | Discordo |     | Indiferente |     | Concordo |     | Concordo totalmente |      | I-IVC |
|--|---------------------|----|----------|-----|-------------|-----|----------|-----|---------------------|------|-------|
|  | n                   | %  | n        | %   | n           | %   | n        | %   | n                   | %    |       |
| 1. Introdução  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 5                   | 100% | 1     |
| 2. Cuidado centrado na pessoa                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 5                   | 100% | 1     |
| 3. História natural da infecção                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 1           | 20% | 0        | 0%  | 4                   | 80%  | 0,8   |
| 4. Promoção e prevenção  | 0                   | 0% | 1        | 20% | 0           | 0%  | 1        | 20% | 3                   | 60%  | 0,8   |
| 5. Profilaxia pós exposição (PEP)                              | 0                   | 0% | 3        | 60% | 0           | 0%  | 1        | 20% | 1                   | 20%  | 0,4   |
| 6. Profilaxia pré-exposição (PrEP)                             | 0                   | 0% | 2        | 40% | 0           | 0%  | 1        | 20% | 2                   | 40%  | 0,6   |
| 7. Diagnóstico e notificação                                   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 5                   | 100% | 1     |
| 8. Comunicação e testagem para HIV                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 10. Avaliação clínica inicial                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 11. Exames complementares iniciais                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 12. Rastreamentos  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 3        | 60% | 2                   | 40%  | 1     |
| 13. Imunizações  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 14. Profilaxias  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 40% | 3                   | 60%  | 1     |
| 15. TARV na APS  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 16. Situações de exceção ao esquema inicial                    | 0                   | 0% | 3        | 60% | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 2                   | 40%  | 0,4   |
| 17. Gestantes e MVHIV em idade fértil                          | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 40% | 3                   | 60%  | 1     |
| 18. Efeitos adversos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 19. Periodicidade das consultas                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 20. Monitoramento de CD4 e CV                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 21. Exames complementares de seguimento clínico                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 40% | 3                   | 60%  | 1     |
| 22. Falha virológica   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 23. Critérios de encaminhamento                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 1           | 20% | 1        | 20% | 3                   | 60%  | 0,8   |
| 24. Situações que exigem brevidade no início de ARV            | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| 25. Anexos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 20% | 4                   | 80%  | 1     |
| S-IVC/Ave  |                     |    |          |     |             |     |          |     |                     |      | 0,912 |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

No total, foram feitos 27 comentários e apontamentos sobre o Guia, que contribuíram para a elaboração da terceira versão. As principais sugestões estão descritas na tabela 4.

**Tabela 4.** Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na segunda rodada do Delphi

| Excerto                                 | Sugestões de modificações pelos avaliadores   |
|---|---|
| Promoção e Prevenção                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir aconselhamento pré e pós-teste como parte da prevenção.</li> <li>• Inserir o não compartilhamento de seringas como forma de prevenção no uso de drogas injetáveis</li> </ul>   |
| Profilaxia pós-exposição                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrigir a apresentação do comprimido utilizado: coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg.</li> </ul>  |
| Profilaxia pré-exposição                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover o termo HSH com histórico de clamídia e gonococo como critério para indicar PrEP. Após discussão na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), o texto final incluiu todas as pessoas com histórico de infecção por gonococo e clamídia nos últimos seis meses como candidatas à PrEP, independentemente de sua orientação e práticas sexuais.</li> </ul> |
| Situações de exceção ao esquema inicial | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicionar como situação pacientes em uso de alguns anticonvulsivantes. Pacientes com indicação de dolutegravir em uso de oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações, a fim de viabilizar o uso do dolutegravir.</li> </ul>  |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

A terceira rodada contou com a participação de 80% dos avaliadores, com uma abstenção. Observou-se um S-IVC/Ave de 0,98, considerado adequado de acordo com a metodologia definida. Dois itens seguiram com I-IVC considerados insuficientes: Promoção e prevenção (0,75) e Critérios de encaminhamento (0,75). Entretanto, notou-se que apenas um item recebeu avaliação “discordo” e nenhum item recebeu avaliação “discordo totalmente” nessa rodada. Os resultados são descritos na sua totalidade na tabela 5.

O número de alterações sugeridas após a terceira rodada reduziu-se significativamente, mas as que foram apontadas estão descritas na tabela 6.

Foram necessárias três rodadas para se atingir a taxa de concordância de 95% estabelecida como mínima para fins de validação do Guia.

**Tabela 5.** Resultados da terceira rodada do Delphi e seus respectivos I-IVC e S-IVC/Ave

| Excerto  | Discordo totalmente |    | Discordo |     | Indiferente |     | Concordo |     | Concordo totalmente |      | I-IVC |
|--|---------------------|----|----------|-----|-------------|-----|----------|-----|---------------------|------|-------|
|  | n                   | %  | n        | %   | n           | %   | n        | %   | n                   | %    |       |
| 1. Introdução  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 2. Cuidado centrado na pessoa                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 3. História natural da infecção                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 4. Promoção e prevenção  | 0                   | 0% | 1        | 25% | 0           | 0%  | 2        | 50% | 1                   | 25%  | 0,75  |
| 5. Profilaxia pós-exposição (PEP)                              | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 3        | 75% | 1                   | 25%  | 1     |
| 6. Profilaxia pré-exposição (PrEP)                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 25% | 3                   | 75%  | 1     |
| 7. Diagnóstico e notificação                                   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 8. Comunicação e testagem para HIV                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 80%  | 1     |
| 9. Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 25% | 3                   | 75%  | 1     |
| 10. Avaliação clínica inicial                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 11. Exames complementares iniciais                             | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 12. Rastreamentos  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 3        | 75% | 1                   | 25%  | 1     |
| 13. Imunizações  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 25% | 3                   | 75%  | 1     |
| 14. Profilaxias  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 50% | 2                   | 50%  | 1     |
| 15. TARV na APS  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 16. Situações de exceção ao esquema inicial                    | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 50% | 2                   | 50%  | 1     |
| 17. Gestantes e MVHIV em idade fértil                          | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 1        | 25% | 3                   | 75%  | 1     |
| 18. Efeitos adversos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 19. Periodicidade das consultas                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 20. Monitoramento de CD4 e CV                                  | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 20% | 4                   | 100% | 1     |
| 21. Exames complementares de seguimento                        | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 50% | 2                   | 50%  | 1     |
| 22. Falha virológica   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| 23. Critérios de encaminhamento                                | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 1           | 25% | 0        | 0%  | 3                   | 75%  | 0,75  |
| 24. Situações que exigem brevidade no início de ARV            | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 2        | 50% | 2                   | 50%  | 1     |
| 25. Anexos   | 0                   | 0% | 0        | 0%  | 0           | 0%  | 0        | 0%  | 4                   | 100% | 1     |
| S-IVC/Ave  |                     |    |          |     |             |     |          |     |                     |      | 0,98  |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

**Tabela 6.** Síntese das alterações sugeridas pelos avaliadores na terceira rodada do Delphi

| Excerto                     | Sugestões de modificações pelos avaliadores  |
|-----------------------------|--|
| Promoção e prevenção        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adicionar o conceito indetectável = intransmissível ou I=I.</li> </ul>  |
| Critérios de encaminhamento | <ul style="list-style-type: none"> <li>Excluir pacientes com CD4 &lt; 200, assintomáticos, com adesão garantida, carga viral &lt; 40 e uso de profilaxia dos critérios de encaminhamento, pois podem ser acompanhados na APS.</li> </ul> |

Fonte: elaborada pelos autores, 2022

O atual estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. A busca por um perfil específico de avaliador, com experiência na temática da descentralização do cuidado das PVHIV e da atuação no Ministério da Saúde ou no município de Porto Alegre levou a um número restrito de *experts*. Esse número restrito dificultou algumas análises, pois a discordância de apenas um participante causou impacto significativo sobre os índices de validade de conteúdo, o que representou um desafio em alguns itens.

Outra limitação diz respeito à abstenção ao longo das rodadas, característica comum a pesquisas que utilizam o método Delphi. Entretanto, a abstenção no presente estudo foi baixa, obtendo-se participação de 100% dos avaliadores nas duas primeiras rodadas e 80% na última rodada.

Outro ponto a ser observado diz respeito à longa duração do processo e dos questionários, que demandam tempo e atenção dos participantes. Essa limitação, inerente ao método, pode fazer com que alguns trechos problemáticos não sejam identificados, o que é minimizado pelo fato de vários *experts* avaliarem os mesmos excertos por diversas rodadas.

### **Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar a TARV**

Um dos pontos com o menor I-IVC na primeira rodada foi o trecho referente à avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar a TARV. Nesse excerto, utilizou-se um material da *European AIDS Clinical Society* (EACS) (18), fazendo um paralelo entre o grau de preparação da pessoa para o início da TARV e o Modelo Transterórico de Prochaska e DiClemente (19). Nesse modelo, o grau de motivação é dividido em pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, conforme a inclinação da pessoa a iniciar uma intervenção, que no caso é a terapia antirretroviral. O material propõe condutas específicas diante

desses diferentes estágios, mas a forma como foi colocada na primeira versão do Guia suscitou críticas e sugestões de readequações, conforme os comentários a seguir.

*O texto como está posto parece desencorajar o médico a prescrever. Sugere-se destacar a importância de começar precocemente a medicação (...). Avaliador 1. <sup>1</sup>*

*Acho que seria importante reforçar os benefícios do início oportuno da TARV. Senti que o texto ficou meio em aberto. Início rápido de TARV deve ser oferecido a todas as PVHIV após a confirmação do diagnóstico e a avaliação clínica. A iniciação rápida é definida como dentro de sete dias a partir do dia do diagnóstico. Avaliador 2.*

*Acho bem legal essa abordagem do EACS, mas tenho uma consideração a fazer. No nosso país, muitas vezes, o diagnóstico é tardio com IO (infecções oportunistas) ativas ou CD4 muito baixo. É importante ressaltar que este tempo para pré-contemplação e contemplação não deve ser estendido em pacientes com imunossupressão grave. Não estou sugerindo que se "force" a pessoa a iniciar ARV, mas que a "urgência" é maior em um paciente com 50 de CD4 em comparação com um com 600. Só para não se perder o caso, sugiro uma frase na parte inicial de pré-contemplação que aborde o nível de imunossupressão (...). (...) Enfim, só acho que deveria ficar claro que a "urgência" do início depende também do grau de imunossupressão; e talvez isso não esteja tão explícito no documento do EACS, pois os diagnósticos na Europa não são tão tardios. Avaliador 3.*

Os pontos levantados pelos avaliadores são de grande importância. As evidências mais recentes reforçam cada vez mais as recomendações de início imediato da TARV. Ensaios clínicos randomizados indicam que o início precoce da terapia, inclusive no mesmo dia do diagnóstico, impacta positivamente a adesão (20-21).

O benefício desse início precoce é ainda mais importante nas PVHIV com doença avançada, em decorrência dos benefícios clínicos, mas se estende a todos. A Organização Mundial da Saúde traz forte recomendação a favor do início precoce da TARV, definido como tratamento iniciado em até sete dias após o diagnóstico para todas as PVHIV (22).

Um estudo conduzido no Quênia apontou que o início precoce da TARV é percebido por profissionais de saúde como fator responsável pela perda de seguimento de alguns usuários, presumidamente em decorrência das dificuldades de aceitação do diagnóstico e de preparação para iniciar um tratamento que perdurará por toda a vida (23). Entretanto, no mesmo estudo, percebeu-se que esse não era um fator limitante ou determinante para a baixa adesão do ponto de vista dos usuários, o que corrobora a importância de se ofertar a TARV no diagnóstico.

A OMS recomenda que o início da TARV deve seguir os princípios de cuidado centrado na pessoa, respeitadas as necessidades, preferências e expectativas individuais. O profissional de saúde deve atuar como um agente ativo para a promoção de uma decisão informada e consciente, respeitando as

<sup>1</sup> Procurou-se preservar a sintaxe original dos comentários dos avaliadores.

particularidades de cada pessoa (22). Diante disso, a proposta da EACS busca identificar pessoas que não estejam preparadas para a iniciação da TARV, para acolhê-las e permitir ao profissional de saúde fazer uso de ferramentas centradas na pessoa que possam auxiliá-la a evoluir para os próximos estágios na escala de motivação.

O texto referente a esse excerto no Guia foi reformulado, mantendo-se a orientação de se identificar o grau de preparação da pessoa para iniciação da TARV e da necessidade de se respeitar as decisões e características individuais do paciente. Além disso, destacou-se que há forte recomendação de tratamento universal a todas as PVHIV, e que a prescrição da TARV no mesmo dia do diagnóstico às pessoas que se sentem preparadas para tanto é uma estratégia segura. Enfatizaram-se os impactos positivos dessas práticas sobre a supressão viral e a reconstituição imune, bem como a necessidade de se evitar postura inerte diante de pessoas em fase de pré-contemplação e contemplação. O texto também passou a estimular retornos frequentes para os pacientes identificados como ambivalentes, de forma que a automotivação possa ser trabalhada, permitindo tomadas de decisão orientadas e conscientes.

Após os ajustes feitos a partir dos apontamentos dos avaliadores, o I-IVC do excerto em questão passou de 0,2 para 1,0.

### Promoção e prevenção

Outro tópico com I-IVC considerado insatisfatório foi o referente à “promoção e prevenção”. Esse item recebeu um I-IVC de 1 na primeira rodada, caindo para 0,8 na segunda rodada e, por fim, 0,75 na terceira rodada.

O decaimento do I-IVC demonstra a importância de múltiplas rodadas no método Delphi, pois falhas e lacunas podem não ser percebidas na avaliação inicial, gerando avaliações distintas e reconsiderações nas rodadas seguintes. Essa é uma forma de contornar a limitação do Delphi, que costuma demandar um longo tempo de concentração por parte dos participantes (13).

Nas discussões e sugestões apontadas nesse tópico, o primeiro ponto levantado foi referente à inclusão de algumas medidas de prevenção que não estavam listadas no texto original.

*O aconselhamento pré e pós-teste ainda cumpre papel importante na prevenção. Apesar de ter perdido importância epidemiológica, o uso de droga injetável ainda existe, e o não compartilhamento de seringa deve ser mencionado.* Avaliador 4.

*Acho que seria interessante incluir alguma coisa sobre o conceito I=I, isto é muito relevante pois tira um pouco do estigma sobre as PVHIV e dá uma perspectiva de uma vida normal (...).* Avaliador 5.

Revista Portal – Saúde e Sociedade

*É interessante mencionar medidas de redução de danos, em especial as voltadas aos usuários de drogas injetáveis.*  
Avaliador 1.

A inclusão do aconselhamento pré e pós-teste e das políticas de redução de danos como medidas de prevenção foi um passo importante para a melhoria do guia, pois ampliou o repertório de ferramentas à disposição da APS para trabalhar a prevenção. Entretanto, na terceira rodada ainda se detectou a necessidade de ajuste no texto, em especial no que dizia respeito às políticas de redução de danos que contemplam os usuários de drogas injetáveis.

A terceira rodada contou com a participação de menos avaliadores, de forma que a avaliação insatisfatória de um dos membros resultou em um I-IVC ainda mais baixo que o da rodada anterior.

*A última frase ficou confusa. A prevenção para os usuários de drogas injetáveis é o não compartilhamento de seringas, e a política prevê o fornecimento delas.* Avaliador 1.

Houve readequação da escrita para que o texto ficasse mais claro, porém não foram feitas novas rodadas do Delphi, uma vez que o S-IVC/Ave alcançou valor satisfatório para finalizar a avaliação.

## Comunicação e testagem para HIV

Diversos materiais do Ministério da Saúde vinculam os momento do aconselhamento pré e pós-teste e da comunicação sobre o resultado da testagem no geral como a oportunidade ideal para reforçar medidas de prevenção à transmissão do HIV (24). Trata-se do momento de sedimentar as informações e oportunizar o acesso a outras modalidades de prevenção combinada, conforme o desejo, realidade e vulnerabilidades da pessoa.

Na elaboração da primeira versão do Guia, a orientação pós-teste baseou-se em um algoritmo do *Center of Disease Control de British Columbia*, do Canadá (25). Entretanto, na tradução do material, o enfoque em prevenção foi descrito de maneira genérica, o que foi apontado pelos avaliadores como um ponto a ser melhorado.

*(...) Nenhum dos braços do algoritmo nem o texto sobre o que fazer no resultado cita prevenção: tem que colocar: disponibilizar preservativos, orientar o uso, discutir a revelação para as parcerias sexuais, identificar necessidade de PEP ou PrEP para as parcerias sexuais.* Avaliador 2.

*Incluir, no caso de teste não reagente, a indicação de encaminhamento para outras estratégias de prevenção combinada, como PEP ou PrEP. Além disso, seria importante falar do acesso ao diagnóstico de forma não burocratizada. É necessário entender a testagem não como somente um ato mecânico, mas com a perspectiva de porta de entrada para o cuidado. Importante incluir na abordagem o gerenciamento de risco: com abordagem qualificada em saúde sexual, identificação de vulnerabilidades para o HIV e IST, e gestão do risco, compartilhando*

*decisões sobre o cuidado com o paciente, ofertando o menu de possibilidade da prevenção combinada. Avaliador 3.*

Após os apontamentos, ajustou-se a escrita e enfatizou-se a necessidade de se reforçarem as estratégias de prevenção combinada, ampliando-se a compreensão da testagem também como um momento de educação em saúde. A testagem, além de ser isoladamente uma estratégia de prevenção, pode servir de janela de oportunidade para identificar potenciais benefícios e disponibilizar outras estratégias de maneira individualizada.

### Falha virológica

Outro tópico que gerou discussões relevantes para o aperfeiçoamento do Guia foi o trecho referente à avaliação e ao diagnóstico da falha virológica. A falha virológica é definida como a persistência de carga viral detectável após seis meses de uso da TARV ou carga viral detectável persistente em indivíduos em tratamento que antes a apresentavam indetectável (26).

Diante da suspeita de falha virológica, um ponto crucial é verificar a presença de fatores que podem elevar a carga viral como diagnóstico diferencial. O principal desses fatores é a má adesão à TARV, que pode estar relacionada à intolerância aos efeitos colaterais, dificuldades em ingerir comprimidos, dificuldades em lembrar as doses, depressão, transtorno por uso de substâncias e questões socioeconômicas e culturais (27).

Com a modernização dos tratamentos antirretrovirais, o risco de desenvolvimento de falha virológica nos regimes de primeira e segunda linha diminuiu consideravelmente. Um estudo retrospectivo para avaliação de falha virológica demonstrou uma redução da incidência de falha de 56% ao ano em 1996 para 16% ao ano em 2005 (28). Esse número é potencialmente menor com o advento dos inibidores de integrase, como o Dolutegravir, que faz parte do esquema de primeira linha brasileira e apresenta alta barreira genética contra mutações.

Diante disso, houve críticas à ausência de protagonismo às recomendações de se explorar e verificar a adesão do paciente quando da suspeita de falha virológica, uma vez que esta é a principal causa de elevação da carga viral.

*Sugiro inserir a orientação de reforçar a adesão identificando e corrigindo fatores potenciais de má adesão. Sugiro também que seja coletada a genotipagem oportunamente. Se mandatório encaminhar ao SAE, coloque-se que a consulta deverá ser garantida e imediata, pois, se o paciente já está com baixa adesão e falha, o risco de abandono é maior. Avaliador 5.*

*Incluiria nos fatores a serem avaliados em caso de CV detectável as possíveis interações medicamentosas.*

*Não sei se vai ser abordado mais adiante, mas acho pertinente abordar um pouco mais profundamente avaliação e adesão. Nestes casos, não basta simplesmente questionar "está tomando as medicações direitinho?", pois o nosso conceito de tomar adequadamente pode não ser o mesmo do paciente. É necessário questionar como o paciente está tomando, se não está falhando nenhum dia, se está tomando todos os comprimidos que deveria tomar naquele dia (às vezes os pacientes acham que algum dos comprimidos lhe fazem mal e decidem não tomar apenas aquele), se tem alguma crença ou mito em relação aos ARVs que possa estar prejudicando adesão, suporte social, comorbidades psiquiátricas, uso de substâncias, enfim, muitos aspectos podem ser uma barreira à adesão. Acho bem importante explorar um pouco mais isto. Avaliador 3.*

Após os apontamentos, o texto foi readequado e reforçou-se a necessidade de explorar e assegurar a adesão do paciente. O tópico referente à adesão, que anteriormente dispunha de 24 caracteres, passou a contar com 426 caracteres, nos quais se explorou a importância de uma pesquisa minuciosa e ampla sobre fatores que possam impactar a adesão.

Após os ajustes, o I-IVC desse item, que inicialmente era de 0,8, passou para 1,0.

### **Sugestões finais incorporadas ao guia**

Ao final do Delphi, disponibilizou-se um espaço livre para a redação de comentários gerais, que foram de grande valia para a finalização do Guia. Algumas informações foram adicionadas a partir dos apontamentos dos avaliadores, permitindo a produção de um material mais completo, como foi o caso da inserção do tópico referente às situações que exigem brevidade no início da TARV.

*Acho importante destacar algumas situações que exigem brevidade no início de ARV (mesmo que estas situações não sejam para acompanhamento na APS), porque, em alguns contextos, pode haver uma demora grande no encaminhamento, e é paradoxal pensar que o paciente com indicação de maior brevidade para início do tratamento é o que vai acabar esperando mais, já que deve aguardar o encaminhamento. Avaliador 4.*

A inserção desse trecho foi determinante, pois ele dialoga diretamente com a questão do início precoce da TARV, amplamente discutida na primeira rodada do Delphi. Sabe-se que o início breve da terapia é especialmente benéfico aos pacientes com doença avançada e imunossupressão grave. Esses pacientes, muitas vezes, não preencherão critérios de tratamento e seguimento na APS, mas o profissional pode se valer de estratégias de matriciamento e discussão com especialistas para proporcionar o início da terapia nesse ponto de assistência o quanto antes.

O guia, após o comentário, trouxe a sugestão de matriciamento, disponibilizando canais de discussão para que efetivamente as PVHIV nessa situação recebam seu tratamento o mais precocemente possível, conforme pode-se verificar no trecho a seguir.

*Muitas dessas situações encaixam-se nos critérios de encaminhamento para serviços especializados, sendo premente o acesso breve dessas pessoas a esses serviços. Em casos nos quais se identifique dificuldade para encaminhamento, o profissional da APS pode se valer de apoio matricial com infectologista, conforme fluxo local, ou discussão do caso através de ferramentas como o Telessaúde-RS UFRGS, pelo telefone 0800 644 6543. Avaliador 5.*

Uma outra sugestão levantada relacionou-se à inserção de um tópico explicando sobre a Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR), caracterizada por uma piora paradoxal de doenças e condições clínicas pré-existentes após o início da TARV, levando a um estado inflamatório exacerbado (26). Esse tema tem relevância, uma vez que não há indicação de se suspender a TARV na vigência de sua ocorrência, e o tratamento não deve ser protelado por receio de sua ocorrência, uma vez que os benefícios da terapia superam enormemente seus riscos (26).

*Sugiro acrescentar alguma informação sobre IRIS, o que esperar e como manejar. Avaliador 4.*

Diversos comentários foram bastante positivos, reforçando a importância da construção de um Guia que aproxime os médicos da Estratégia de Saúde da Família do cuidado descentralizado das PVHIV.

*Uma boa compilação dos diversos manuais e “guidelines” existentes. Ágil para o uso cotidiano. Avaliador 1.*

*O guia está bom, constam todas as principais informações. Senti falta de alguma menção em relação ao cuidado em saúde mental, particularmente depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas, pois trata-se de importante causa de má adesão e abandono. Outra questão que eu abordaria seria o trabalho para a mudança de estilo de vida e atividades físicas com vista à prevenção de distúrbios metabólicos tão frequentes. Avaliador 3.*

Os apontamentos e ideias dos comentários finais foram incorporados à versão final do Guia, que foi enviada para formatação. A formatação do Guia permite o uso de maneira digital, com *hiperlinks* nos itens do sumário, e física, em forma de livreto impresso.

## Conclusões

As PVHIV enfrentam uma jornada histórica que se dá ao longo de várias décadas em busca de acesso à saúde. Essa jornada, inicialmente marcada pelos movimentos de luta por reconhecimento e visibilidade encabeçados por organizações da sociedade civil, culminou na materialização de políticas públicas para o cuidado das PVHIV e no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids vivida no país.

A percepção de que o cuidado pleno e integral dessas pessoas deve envolver de maneira mais efetiva a Atenção Primária à Saúde foi amadurecendo concomitantemente ao aperfeiçoamento e modernização dos tratamentos, mas ainda se percebem entraves importantes à implementação desse modelo.

A elaboração do Guia Rápido para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos em Porto Alegre vem como uma ferramenta para sanar algumas dessas dificuldades, permitindo o uso de um material prático de consulta rápida voltado para as necessidades específicas de médicos da Atenção Primária do município.

A validação através do método Delphi permitiu diversas sugestões de adequação e a inclusão de temas pouco explorados nos protocolos e materiais nacionais atuais. Ao longo das diversas rodadas, tornou-se evidente que as discussões se concentraram, principalmente, em aspectos relacionados à comunicação e ao acolhimento, em vez de se aprofundarem em detalhes técnicos já amplamente estabelecidos e sedimentados nos materiais existentes, como posologias, exames e profilaxias. Dentre os tópicos levantados, destacam-se a importância da avaliação do grau de preparação da pessoa para início da TARV, particularidades na comunicação durante a testagem e questões referentes à adesão à terapia.

Todas essas discussões possibilitaram um enriquecimento e um amadurecimento progressivo do material, culminando na elaboração e validação de um texto cuja ótica contempla diversos pontos referentes à comunicação com as PVHIV, ao acolhimento a elas, ao papel da APS e a informações técnicas essenciais para garantir cuidados descentralizados por médicos nesse nível de atenção.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

## Referências

1. Schaurich D, Coelho DF, Motta M da GC da. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. 2006;14(3):455–62. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107165/000660280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, et al. Preexposure Prophylaxis to Prevent Acquisition of HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2023;330(8):736–45.
3. BRASIL M da S. História da aids. 2022.
4. Bubadué R de M, Cabral IE, Carnevale F. Nurses' patterns of knowing about HIV disclosure to children. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 2):1–9.
5. BRASIL M da S. Manejo da infecção pelo hiv em adultos. *Secr Vigilância em Saúde Dep Vigilância, Prevenção e Control das Infecções Sex Transm do HIV/Aids e das Hepatites Virais Protoc*. 2018;412.
6. Chu C, Selwyn PA. An epidemic in evolution: The need for new models of HIV care in the chronic disease Era. *J Urban Heal* [Internet]. 2011;88(3):556–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126936/>
7. BRASIL M da S. CTA do Brasil - Desafios para a Equidade e o Acesso. 2008;(11):105.
8. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.
9. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42:e151. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49508>

10. Jardim LP, Lopes JR, Fontes BASM. A descentralização da política de atenção ao HIV/AIDS no SUS – Sistema Único de Saúde: Estudo comparativo das ações entre Rio Grande do Sul e Pernambuco. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos; 2018.
11. Zambenedetti G, da Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids: Para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*. 2016;26(3):785–806.
12. Bernardo Lago Alves, Regina Ferro do Lago EME. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. *Saúde em Debate* [online]. 2023;46(n. spe7 [Acessado 8 Junho 2023]):31–47.
13. Marques JBV, Freitas D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 2018;29(2):389–415.
14. Silva CA da, Tietzmann DC, Cornely AFH, Carvalho GT de, Magalhães GAP, Ikeda ML, et al. Guia rápido para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Repositório Fiocruz [Internet]. 2023;1:71. Available from: [https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/cesar\\_agusto\\_ufcspa.pdf](https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/cesar_agusto_ufcspa.pdf)
15. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2021 [Internet]. versão dig. Porto Alegre; 2021. 59 p. Available from: [https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/telecondutas\\_hiv.pdf](https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/telecondutas_hiv.pdf)
16. Gusso G, Lopes JMCL, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática. 2nd ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2019.
17. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Educ Med J*. 2019;11(2):49–54.
18. European AIDS Clinical Society (EACS). Linhas Orientadoras EACS 2019 versão 10.0. 2019;(November):1–123. Available from: <https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.0-portuguese.pdf>
19. Siddharthan S, Quadri SA, Kanji MA, Naing NN, Sowmya R, Huq MZU. Transtheoretical Model of Behavioural Change. *Int J Pharm Res*. 2021;13(02):344–7.
20. Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Malet G, et al. Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient's First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. *PLoS Med* [Internet]. 2016;13(5):1–19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862681/pdf/pmed.1002015.pdf>
21. Amanyire G, Semitala FC, Namusoby J, Katuramu R, Kampiire L, Wallenta J, et al. Effects of a multicomponent intervention to streamline initiation of antiretroviral therapy in Africa: a stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet HIV* [Internet]. 2016;3(11):1–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408866/pdf/nihms814293.pdf>
22. Organização Mundial da Saúde. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. *Behaviour and Information Technology*. França; 2017. 1–56 p.
23. Helova A, Akama E, Bukusi EA, Musoke P, Nalwa WZ, Odeny TA, et al. Health facility challenges to the provision of Option B+ in western Kenya: A qualitative study. *Health Policy Plan* [Internet]. 2017;32(2):283–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886182/pdf/czw122.pdf>
24. BRASIL M da S. Aconselhamento em DST e HIV / AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1–21 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/074\\_01aconselhamento.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf)
25. BC Centre for Disease Control's. Communicable Disease Control Manual - Chapter 5 page 47 [Internet]. 2016. 1–51 p. Available from: [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter 5 - STI/HIV\\_Guidelines\\_Testing\\_FollowUp\\_Prevention.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205-STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf)
26. BRASIL M da S. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. 1ª edição. Editora MS, editor. Brasília; 2018. 410 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
27. National Institute of Health. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. *Ann Intern Med*. 2012;23(1):1–7.
28. Deeks SG, Gange SJ, Kitahata MM, Saag MS, Amy C, Hogg RS, et al. Trends in Multidrug Treatment Failure and Subsequent Mortality among Antiretroviral Therapy-Experienced Patients with HIV Infection in North America. *Clin Infect Dis*.

2010;49(10):1582–90.

**Como citar**

Silva CA, Tietzmann DC. Descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV: validação de um guia rápido para o manejo na Atenção Primária à Saúde. Revista Portal Saúde e Sociedade, 9 (único): e02409007esp. DOI: 10.28998/rpss.e02409007esp



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado

*Conflito de interesses*

Sem conflito de interesses

*Financiamento*

Sem apoio financeiro

*Contribuições dos autores*

Todos os autores (CAS e DCT) contribuíram substancialmente para a concepção do trabalho, elaboração do rascunho, aprovação final da versão a ser publicada e concordam em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.