

NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES

**O baixo peso em pessoas vivendo com HIV/Aids e a percepção dos
profissionais de saúde que as assistem**

São Paulo

2022

NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES

**O baixo peso em pessoas vivendo com HIV/Aids e a percepção dos
profissionais de saúde que as assistem**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Soares, Natalia Teixeira Honorato.

O baixo peso em pessoas vivendo com HIV/Aids e a percepção dos profissionais de saúde que as assistem/ Natalia Teixeira Honorato Soares; orientador Luiz Eugênio Nigro Mazzilli. -- São Paulo, 2022.

122 p. : fig.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. --Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Versão original.

1. Baixo peso. 2. HIV.3. Insegurança alimentar.4. Interprofissionalidade.5. Integralidade do cuidado. 6. Profissionais da saúde.I. Mazzilli, Luiz Eugênio Nigro.II. Título.

Fábio Jastwebski– Bibliotecário - CRB8/5280

Soares NTH. O baixo peso em pessoas vivendo com HIV/Aids e a percepção dos profissionais de saúde que as assistem. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2022

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico essa pesquisa à população vivendo com HIV, que mudou a minha visão enquanto profissional da saúde e enquanto ser humano. Também dedico aos profissionais da saúde e demais membros da sociedade que lutam em defesa do SUS e das políticas públicas relacionadas ao HIV.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que, com muito amor e sabedoria, sempre apoiou todas as minhas escolhas e sonhos. Ao meu pai, que não está mais aqui, mas, com muito afeto e esforço, sempre incentivou os meus estudos. Ao meu esposo, Bruno, que foi parceiro em mais essa escolha na minha vida. Sem vocês eu não teria conseguido.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli, pela confiança, paciência, disponibilidade, dedicação e sabedoria.

Aos colegas e professores do Programa de Mestrado Profissional, que contribuíram para a construção de novos saberes e propiciaram trocas tão valiosas.

Aos meus colegas de trabalho do SAE Fidélis Ribeiro, pela disponibilidade em participar da pesquisa e por me inspirarem diariamente.

À Coordenadoria Municipal de IST/Aids pela assistência e incentivo para a realização dessa pesquisa.

Às nutricionistas do Grupo de Estudos de Nutrição em Aids (GENA) por compartilharem suas experiências, pelas trocas e por serem inspiração.

E aos que, de alguma maneira, tiveram participação na minha trajetória profissional e acadêmica e me estimularam a ir além.

RESUMO

Soares NTH. O baixo peso em pessoas vivendo com HIV/Aids e a percepção dos profissionais de saúde que as assistem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Introdução: A epidemia do HIV ainda representa um problema mundial de saúde pública. No Brasil, o investimento em programas de prevenção, diagnóstico precoce e início imediato do tratamento, tem garantido uma redução na ocorrência da aids e um aumento da supressão viral. Isso se mostra importante pois, quanto maior for a carga viral de um indivíduo, maior a chance de contrair infecções relacionadas ao HIV. Essas infecções podem ter graves consequências nutricionais, as quais geralmente resultam em perda do apetite e redução de peso. Além disso, o baixo peso pode também estar associado à baixa ingestão alimentar, a alterações metabólicas, à escassez no acesso aos alimentos, à vulnerabilidade social, ao estigma, entre outros. Dessa maneira, viu-se a importância de se perceber o que, de fato, leva o paciente assistido à perda de peso e como os profissionais de saúde envolvidos nesse processo podem oferecer o melhor acolhimento e assistência.

Objetivo: Levando em consideração o caráter multifatorial do estado nutricional, essa pesquisa tem como objetivo analisar, em um serviço de atendimento especializado, a percepção dos profissionais de saúde em relação ao baixo peso em pessoas vivendo com HIV e discutir as possibilidades de aprimorar as estratégias de atendimento para efetivar um cuidado integral desses pacientes.

Metodologia: A pesquisa foi realizada em um Serviço Ambulatorial Especializado em IST/Aids. A população estudada é composta por profissionais da saúde que atuam diretamente na assistência à pessoa vivendo com HIV. Foi realizado um questionário aberto e autoadministrado com perguntas relacionadas à sua percepção sobre o cuidado do paciente com baixo peso. Os resultados obtidos foram analisados de maneira qualitativa através da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

Resultados: Participaram da pesquisa 13 profissionais da saúde, sendo contempladas todas as categorias profissionais atuantes na época da coleta de dados. A amostra foi composta de 9 mulheres e 4 homens, com faixa etária entre 36 e 64 anos. O tempo de atuação no serviço variou entre 0 e 25 anos. Em relação às mudanças no perfil do paciente com baixo peso ao longo dos anos, além de

perceber uma redução desses casos, os profissionais associaram principalmente à redução dos sintomas relacionados à infecção pelo HIV. Em relação à atuação profissional, foram destacadas a atenção com a integralidade do cuidado e a prioridade no atendimento desses pacientes. Os profissionais avaliados acreditam que, ainda hoje, há persistência do baixo peso principalmente por fatores socioeconômicos, falta de adesão ao tratamento e questões psicológicas. A atuação da equipe multiprofissional apresenta-se como uma das principais estratégias para auxiliar na melhora do estado nutricional. Em decorrência disso, muitos dos profissionais participantes da pesquisa entendem que é necessário um aumento das intervenções interdisciplinares e uma adequação dos recursos humanos e serviços ofertados. **Conclusões:** É possível destacar a multicausalidade do baixo peso em pessoas vivendo com HIV, a partir das vivências dos profissionais de saúde participantes da pesquisa e da literatura revisada. A integralidade do cuidado e as ações interprofissionais se mostram como as principais estratégias para o cuidado dessa população. Sendo assim, vê-se a importância de ações interdisciplinares que contemplem os principais aspectos abordados no decorrer dessa pesquisa e de investir em educação continuada para os profissionais que atuam nesses locais. Como desfecho, essa pesquisa propõe um produto educacional para futura intervenção com a população estudada.

Palavras-chave: Baixo peso. HIV. Insegurança alimentar. Interprofissionalidade. Integralidade do cuidado. Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Soares NTH. Low body weight in people living with HIV/Aids and the perception by healthcare professionals who assist them [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Introduction: The HIV epidemic still represents a global public health problem. In Brazil, investments in prevention programs, precocious diagnosis and immediate start of treatment have ensured the reduction of aids occurrence and the rise of viral suppression. That is shown to be important because the higher an individual's viral load, the greater the chance of contracting HIV-related infections. These infections may cause severe nutritional consequences, which often result in loss of appetite and weight loss. Besides that, low body weight can be associated with low food intake, metabolic changes, shortage of access to food, social vulnerability and stigma, among others. Thereby, it was seen the importance of realizing what, in fact, leads the assisted patient to weight loss and how the healthcare professionals involved in this process can offer the best hospitality and assistance. **Objective:** Considering the multifactorial nature of nutritional status, this research aims to analyze, in a specialized care service, the perception by healthcare professionals related to low body weight in people living with HIV and to discuss the possibilities of improving attendance strategies to provide comprehensive care for these patients. **Methodology:** The research was carried out in an Outpatient Service Specialized in STI/Aids. The population studied is made up of health professionals who work directly in assisting people living with HIV. An open and self-administered questionnaire was carried out with questions about their perception of care provided to low body weight patients. The obtained results were qualitatively analyzed through the content analysis proposed by Laurence Bardin. **Results:** Thirteen healthcare professionals have participated in the research, covering all professional categories working at the time of data collection. The sample consisted of 9 women and 4 men, aged between 36 and 64 years old. Operating time in the service ranged from 0 to 25 years. Regarding the changes in the profile of patients with low body weight over the years, in addition to noticing a reduction in these cases, the professionals **mainly** associated it with the reduction in symptoms related to HIV infection. In relation to professional performance, attention to comprehensive care and priority in the

assistance of these patients were highlighted. The evaluated professionals believe that nowadays low body weight persists mainly due to socioeconomic factors, lack of treatment adherence and psychological issues. The multidisciplinary team performance is presented as one of the main strategies to help improve nutritional status. As a result, many of the professionals participating in the research understand that an increase in interdisciplinary interventions and an adequacy of human resources and offered services are necessary. **Conclusions:** It is possible to highlight the multiple causes of low body weight in people living with HIV, based on the experiences of health professionals participating in the research and the reviewed literature. Comprehensive care and interprofessional actions are shown to be the main strategies for the care of this population. Therefore, we can see the importance of interdisciplinary actions that contemplate the main aspects addressed during the research and of investing in continuing education for professionals who work in these places. In the end, this research proposes an educational product for future intervention with the studied population

Keywords: Low body weight. HIV. Food insecurity. Interprofessional care. Comprehensive care. Health professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1 - Mapa da Rede Municipal Especializada em IST/Aids no município de São Paulo.....	37
Quadro 5.1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa	44
Quadro 5.2 - Apresentação das categorias e subcategorias	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV	ANTIRRETROVIRAL
AZT	ZIDOVUDINA
CTA	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO
DSS	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE
HAART	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ATIVA
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
PEP	PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO
PREP	PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV
PVHIV	PESSOAS VIVENDO COM HIV
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
RME	REDE MUNICIPAL ESPECIALIZADA
SAE	SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM IST/AIDS
SRA	SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TARV	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	A HISTÓRIA DO HIV NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.2	HISTÓRIA NATURAL DO HIV E A ADESÃO AO TRATAMENTO	26
2.3	O RISCO NUTRICIONAL EM PVHIV E A INSEGURANÇA ALIMENTAR	28
3	PROPOSIÇÃO	33
4	METODOLOGIA	35
4.1	LOCAL DO ESTUDO	35
4.2	SUJEITOS DO ESTUDO	36
4.3	ATENDIMENTO ÀS NORMAS DE BIOÉTICA	37
4.4	COLETA DE DADOS	37
4.5	ANÁLISE DE DADOS	38
5	RESULTADOS	41
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	41
5.2	CATEGORIZAÇÃO	42
5.2.1	Mudanças no perfil do paciente com baixo peso ao longo dos anos	44
5.2.2	Mudanças na atuação profissional ao longo dos anos	45
5.2.3	Motivos relacionados ao baixo peso atualmente	46
5.2.4	Intervenções do profissional que ajudam na recuperação do peso	47
5.2.5	Dificuldades no acompanhamento/atendimento	49
5.2.6	Mudanças necessárias no serviço de saúde	50
5.2.7	Novas tecnologias/ avanços no tratamento	51
6	DISCUSSÃO	53
6.1	MUDANÇAS NO PERFIL DO PACIENTE COM BAIXO PESO AO LONGO DOS ANOS	53
6.2	MUDANÇAS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL AO LONGO DOS ANOS	55
6.3	MOTIVOS RELACIONADOS AO BAIXO PESO ATUALMENTE	57
6.4	INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL QUE AJUDAM NA RECUPERAÇÃO DO PESO	62
6.5	DIFICULDADES NO ACOMPANHAMENTO/ATENDIMENTO	66
6.6	MUDANÇAS NECESSÁRIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE	68
6.7	NOVAS TECNOLOGIAS/ AVANÇOS NO TRATAMENTO	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	99
	ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa um problema mundial de saúde pública. Ela teve um impacto devastador na saúde, no estado nutricional, na segurança alimentar e nutricional (SAN) e no desenvolvimento socioeconômico da população em países que foram fortemente afetados por ela (WHO, 2003).

A América Latina, em decorrência da crise humanitária (Alves, 2020; Domenech; Dias, 2020), tem vivenciado altos níveis de migração, pressionando os sistemas de saúde, a educação e os mercados de trabalho locais. A marginalização das populações-chave para o HIV, as outras prioridades de saúde pública e o investimento governamental limitado nos sistemas de saúde desaceleraram o progresso das medidas relacionadas ao HIV. A população continua enfrentando estigmas, discriminações e violências, em decorrência do HIV, o que impede que muitos indivíduos busquem e acessem os serviços de saúde. Quase um quarto das pessoas que vivem com HIV (PVHIV), na região, não sabem o seu status sorológico e 40% não têm acesso à terapia antirretroviral (TARV) (UNAIDS, 2020).

No Brasil, tem-se registrado uma diminuição nas taxas de detecção da aids nas regiões sul e sudeste desde 2009. Apesar de se observar uma redução dos casos de aids em praticamente todo o país, nesses últimos anos, é importante pontuar que uma parcela dessa diminuição pode estar associada à subnotificação dos casos, em meio à mobilização de profissionais da saúde em decorrência da pandemia de covid-19 (Brasil, 2021a).

No município de São Paulo, observa-se essa diminuição das notificações de aids e, também, de novos casos de HIV, como resultado das estratégias adotadas pela cidade de São Paulo nos últimos anos, podendo destacar a implantação e expansão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV; o aumento da realização de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV; a maior oferta de testes rápidos, inclusive fora das unidades de saúde e; a distribuição de autotestes de HIV, preservativos e gel lubrificante. Além disso, tem ocorrido uma mudança de estratégia no tratamento

das pessoas com HIV, garantindo o início do tratamento no menor tempo possível após o diagnóstico. Nos serviços municipais especializados em infecções sexualmente transmissíveis (IST)/aids, ocorreu uma redução de mais de 80% no tempo médio de início da TARV entre 2016 e 2020 (São Paulo, 2020a; São Paulo, 2021a).

Uma das consequências importantes dessa medida é o alcance mais rápido da carga viral indetectável, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão do vírus e a redução de consequências associadas ao estado clínico do indivíduo. No entanto, para garantir essa supressão viral é necessário promover a adesão ao tratamento, o que vai muito além da simples ingestão de medicamentos. É importante estabelecer um vínculo do paciente com a equipe de saúde, garantir o acesso à informação e ao acompanhamento clínico e laboratorial, adequar o tratamento aos hábitos e necessidades individuais e compartilhar as decisões relacionadas à sua própria saúde (Brasil, 2007; Brasil, 2018a).

Quando não há adesão ao tratamento, a carga viral do indivíduo pode estar aumentada e o seu sistema imunológico ser comprometido, aumentando suas chances de contrair infecções que o seu organismo combateria facilmente (UNAIDS, 2018).

As infecções relacionadas ao HIV, como a tuberculose e a diarreia, podem ter graves consequências nutricionais, as quais geralmente resultam em redução de peso. Além disso, a perda de apetite, os abscessos orais, os problemas gastrointestinais e outros sintomas, que geralmente ocorrem em decorrência dessas infecções, podem resultar, também, em um consumo insuficiente de alimentos (WHO, 2003; Cuppari, 2014).

Em relação ao comportamento alimentar, além da preocupação com a baixa ingestão de nutrientes, é preciso entender o processo envolvido na escolha dos alimentos a serem consumidos, que pode ter determinantes individuais (biológicos, demográficos, psicológicos e situacionais), interpessoais (sociais e culturais), ambientais e políticos (governo e indústria) (Simmank et al., 2017).

Além disso, é importante levar em consideração que a escassez no acesso regular ou na disponibilidade de alimentos de qualidade e em quantidades suficientes, pode promover deficiências nutricionais ao longo do tempo e, conseqüentemente, contribuir para uma menor supressão viral (Aibibula et al., 2017).

Sendo assim, o acompanhamento e as intervenções relacionados ao estado nutricional, em PVHIV, devem ser realizados de acordo com os diagnósticos psicossocial, clínico e nutricional de cada indivíduo (Silveira; Falco, 2020).

Nesse cenário, foi percebida a importância de entender o que, de fato, leva o paciente assistido à perda de peso e como os profissionais de saúde envolvidos nesse processo podem oferecer o melhor acolhimento e assistência. A partir da observação na prática profissional, foi possível notar que, mesmo com todo o avanço em prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda hoje há um considerável número de PVHIV que sofre com a perda de peso. Alguns desses indivíduos estão em uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) e com carga viral indetectável, o que gera a reflexão de que esses indivíduos não estão perdendo peso somente por complicações relacionadas à infecção pelo HIV. Existem outros fatores que podem resultar na perda ponderal da PVHIV, o que evidencia a necessidade de um olhar integral para esses indivíduos (Aberman et al., 2014; Anema et al., 2014, Pedrosa et al. 2016).

Atualmente, em São Paulo, a Rede Municipal Especializada (RME) em IST/Aids é composta por 26 equipamentos, que incluem 9 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e 17 Serviços de Atenção Especializada (SAE) (São Paulo, 2021b). Os SAEs oferecem tratamento para HIV e aids, porém, uma parcela dessas unidades não possui o profissional nutricionista para realizar o acompanhamento nutricional desses pacientes, o que pode impactar na evolução do quadro clínico do indivíduo.

Sendo assim, levando em consideração o caráter multifatorial do estado nutricional e, conseqüentemente, a necessidade de uma abordagem interdisciplinar com o indivíduo assistido, esta pesquisa se justificou pela necessidade de entender

a visão do profissional da saúde, o qual, muitas vezes, ao lidar com um paciente com baixo peso, direciona o seu atendimento exclusivamente para uma intervenção nutricional, sem levar em consideração que essa perda de peso pode ser ocasionada por diversos outros fatores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DO HIV NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, os primeiros casos de aids foram confirmados, oficialmente, em 1982, no estado de São Paulo. Desse período até junho de 2021, foram identificados 1.045.355 casos de aids no país (Brasil, 2018b; Brasil, 2021a).

Ainda na década de 80, foi criada a primeira organização não governamental (ONG) do Brasil e da América Latina totalmente dedicada à aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA) (Brasil, 2018b; Galvão, 2002). O surgimento das primeiras ONGs no país trouxe à tona discussões sobre as deficiências da atuação do Estado em uma epidemia que já afetava diversos segmentos da sociedade. O aumento do número de casos, a falta de perspectiva de vida das pessoas adoecidas e as consequências socioeconômicas que esse cenário poderia gerar começaram a trazer preocupações para o Estado (Monteiro; Vilella, 2009). Sendo assim, em 1985, foi criado um programa federal de controle da aids, através da Portaria nº 236/85, a qual trazia diretrizes para o controle da aids e medidas de prevenção, sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (Brasil, 1985).

Nesse período, o Brasil passava por um processo de redemocratização, com o fortalecimento de diversos movimentos sociais. Profissionais da área de saúde, acadêmicos, entidades da sociedade civil e cidadãos comuns participaram de uma mobilização social, defendendo o fortalecimento de um sistema público e a garantia da saúde como um direito. Esse sistema de saúde deveria ser universal, integral e acessível a todos os brasileiros, gratuitamente, independente da sua condição econômica ou social. Essa mobilização culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. As deliberações desse encontro foram essenciais para a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990; Brasil, 2019; Monteiro; Vilella, 2009).

Nesse cenário, estava surgindo uma nova doença no panorama nacional. O agravamento da epidemia e as deficiências enfrentadas pelos serviços de saúde, no país, foram o estopim para que movimentos sociais exercessem pressão no Estado para criação de um plano único de estratégias para o controle da doença. Em 1986 foi criada a Portaria nº 542/86 que estabeleceu que a aids passaria a ser uma doença de notificação compulsória. Logo em seguida, em 1988, foi finalmente criado o Programa Nacional de Aids, no âmbito do Ministério da Saúde (Brasil, 1986; Galvão, 2002; Monteiro; Vilella, 2009).

No começo da década de 90 iniciou-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de ARV (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV). Até o momento, ocorria somente a distribuição de medicamentos para as doenças oportunistas. A primeira possibilidade de tratamento da aids se deu em 1987 com o surgimento da zidovudina (AZT) . O Ministério da Saúde iniciou a distribuição do AZT, na rede pública, em 1991 (Barros; Vieira-da-Silva, 2017). Porém, passado algum tempo, percebeu-se que o tratamento somente com o AZT se mostrava pouco eficaz (Barros, 2018).

Em 1993, o Programa Nacional de Aids assinou o primeiro empréstimo com o Banco Mundial, que financiou um projeto que tinha como objetivo principal reduzir a incidência e a transmissão do HIV e de outras ISTs. Esse aporte financeiro foi destinado a programas de prevenção, serviços de saúde especializados, desenvolvimento institucional, vigilância epidemiológica e pesquisas (Barros, 2018).

Alguns anos depois, em 1996, foi proposto um projeto de lei que garantia o acesso universal aos medicamentos para o tratamento da aids. A aprovação do projeto ocorreu em 90 dias e, a partir de então, começou-se a estabelecer os protocolos para a prescrição dos medicamentos e a organização de fluxos para garantir o acesso dos pacientes aos ARV. A partir de 1999 o Brasil iniciou a produção nacional de ARV genéricos, o que, junto às negociações com a indústria farmacêutica para ajustes nos valores praticados, proporcionou uma redução drástica no preço dos medicamentos (Barros, 2018).

No entanto, passados alguns anos, os problemas apareceram novamente. A compra de medicamentos cresceu vertiginosamente naquele período e, certos produtos importados, custavam até sete vezes mais no Brasil do que em outros países. Em 2007, após diversas tentativas de negociação para reduzir os valores das medicações usadas no tratamento da aids, foi assinado, pela primeira vez no Brasil, um decreto que oficializou o licenciamento compulsório de um medicamento ARV, o efavirenz, para uso público não-comercial, garantindo a viabilidade do Programa Nacional de DST/Aids e assegurando a continuidade do acesso universal e gratuito à medicação necessária ao tratamento (Rodrigues; Soler, 2007).

Com o fortalecimento da produção nacional de medicamentos, no decorrer dos anos, foi possível expandir a oferta de tratamento com ARV. A consequência disso foi que, a partir de 2013, todos os adultos com exames positivos para o HIV, mesmo antes de apresentarem algum comprometimento do sistema imunológico, passaram a ter acesso aos medicamentos ARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa medida teve impacto tanto na saúde individual, por melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, quanto na saúde pública, uma vez que o indivíduo em tratamento com ARV, ao diminuir sua carga viral, reduz a transmissão do HIV (Brasil, 2018b). Além disso, nesse período, dados já mostravam que o custo de ampliar a oferta de tratamento para todas as pessoas com teste positivo para HIV era baixo quando considerados os benefícios de reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão do vírus (Eaton et al., 2014).

No período de 2014 a 2020, ocorreu uma queda de 30,6% na taxa de mortalidade pela aids no país (Brasil, 2021). As estratégias de prevenção sempre tiveram papel prioritário na resposta à epidemia do HIV e da aids. Essas ações de prevenção sempre estiveram concentradas em determinados grupos populacionais, de maneira a evitar que o HIV e a aids passassem a se apresentar como uma epidemia de caráter generalizado. No entanto, os índices epidemiológicos permanecem em níveis elevados em alguns estratos sociais específicos, as populações-chave, que compreendem profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas trans, pessoas privadas de liberdade e homens que fazem sexo com homens (Brasil, 2017; São Paulo, 2021a, WHO, 2016).

Atualmente, existe uma rede de atenção especializada para o cuidado à PVHIV. Os CTAs são serviços de saúde que realizam testagens e ações de prevenção às ISTs, HIV e hepatites virais. Esse serviço é destinado à população geral, porém tem foco prioritário nas populações-chave. Os SAEs são unidades ambulatoriais de saúde que oferecem atenção integral às pessoas com IST, HIV ou aids. Os SAEs têm a função de diagnosticar e acompanhar longitudinalmente as PVHIV, por meio de uma equipe multiprofissional, articulando outros serviços da rede para atender as diferentes demandas. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, porém os SAEs e CTAs funcionam com o acolhimento “porta aberta”, atendendo a demanda direta de qualquer indivíduo que comparecer ao serviço mesmo sem agendamento prévio (Brasil, 2013; São Paulo, 2020b).

2.2 HISTÓRIA NATURAL DO HIV E A ADESÃO AO TRATAMENTO

A infecção pelo HIV pode ocorrer de maneiras bem específicas, através do contato sexual, pela exposição sanguínea (usuários de drogas injetáveis e transfusão de sangue), por meio de acidente biológico (materiais perfurocortantes contaminados e/ou não esterilizados) e pela transmissão vertical (gestação, parto e/ou aleitamento materno) (Brasil, 2021a).

Após ocorrer o contato com o vírus, o tempo médio entre a infecção e o aparecimento da doença é estimado em torno de dez anos, em pessoas não tratadas, porém esse período pode variar de acordo com cada indivíduo. Nesta evolução, a infecção pelo HIV cursa com diferentes formas clínicas, que podem ser divididas em: infecção aguda, fase assintomática e fase sintomática - aids (Brasil, 2018a; Touloumi; Hatzakis, 2000).

Durante as primeiras semanas, ocorre a infecção aguda pelo HIV, período em que o vírus está se replicando intensivamente. Nessa fase, a carga viral

(concentração de vírus circulante no organismo) encontra-se elevada e o indivíduo torna-se altamente infectante. Em 50 a 90% dos casos ocorre a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), com febre alta, sudorese, cefaléia, mialgia, faringite, diarreia entre outros sintomas. A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece entre três e quatro semanas (Brasil, 2018a; São Paulo, 2020b).

Após esse período, a pessoa entra na fase assintomática e, embora o HIV ainda esteja se replicando, ele se reproduz em níveis baixos, insuficientes para levar a uma imunossupressão rápida. No entanto, essa replicação ainda é suficiente para manter uma contínua e lenta redução dos linfócitos TCD4+, responsáveis pela resposta imunológica do indivíduo. Quando uma PVHIV está sob TARV eficaz, nessa fase, a carga viral torna-se tão baixa que é indetectável ao realizar exames específicos de controle, podendo manter-se dessa maneira por várias décadas (São Paulo, 2020b; UNAIDS, 2018; Vergis; Mellors, 2000).

Na medida em que a infecção progride, os sintomas começam a surgir, podendo ocorrer febre baixa, perda de peso, sudorese noturna e astenia. Nessa fase é comum a ocorrência de candidíase oral, herpes simples recorrente, herpes zoster e dermatoses. Com o avanço da infecção, podem aparecer quadros de diarreia crônica, febre de origem indeterminada, infecções bacterianas das vias aéreas e outras manifestações sugestivas de imunodeficiência. O surgimento de infecções oportunistas, infecções neurológicas e neoplasias são indicativas de evolução para a aids (São Paulo, 2020b; Vergis; Mellors, 2000).

Atualmente, uma parcela considerável de PVHIV, ainda realiza o diagnóstico em estágios avançados da doença. Nesse cenário, o risco de agravamento clínico e morte é consideravelmente maior. Esses indivíduos, sem conhecimento da sua sorologia, e, conseqüentemente, sem uso de ARV, além de não usufruírem dos benefícios do tratamento, não interrompem a cadeia de transmissão do vírus, por manterem sua carga viral elevada. Hoje é sabido que as PVHIV em TARV e com carga viral indetectável têm chances insignificantes de transmitir o HIV por via sexual (Brasil, 2018a, UNAIDS, 2018).

O início imediato da TARV é recomendado para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico ou imunológico. Os serviços de saúde devem reduzir ao máximo o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, sempre avaliando o preparo e a motivação individual do paciente. O início precoce dos medicamentos propicia a diminuição da morbimortalidade, a desaceleração da transmissão do vírus, a redução dos casos de tuberculose (principal causa infecciosa de óbitos em PVHIV) e opções terapêuticas mais cômodas e bem toleradas. No entanto, para isso acontecer, o paciente deve ser orientado, pela equipe de saúde, quanto à importância da adesão correta à TARV (Brasil, 2018a).

O estímulo à adesão ao tratamento não deve se reduzir à uma abordagem unicamente medicamentosa, é preciso permitir o protagonismo do paciente no seu tratamento, atuar no enfrentamento a preconceitos e discriminações, estabelecer vínculos entre o paciente e a equipe, garantir o acesso a informações corretas, ofertar qualidade na assistência e compartilhar as decisões relacionadas à sua saúde. Ao identificar quaisquer vulnerabilidades ou demandas específicas, é necessário possibilitar o acompanhamento individual por diferentes categorias profissionais, promovendo assim um cuidado integral e o compartilhamento da responsabilidade do cuidado com o indivíduo e toda a equipe de saúde (Brasil, 2007; Brasil 2018b).

2.3 O RISCO NUTRICIONAL EM PVHIV E A INSEGURANÇA ALIMENTAR

O monitoramento de PVHIV com baixo peso ou em perda de peso é uma parte essencial do tratamento, uma vez que essas situações podem preceder condições clínicas desfavoráveis de morbimortalidade, mesmo entre as pessoas em uso adequado de ARV. O baixo peso é definido de acordo com o índice de massa corporal do indivíduo. Em pacientes com aids, deve-se atentar a uma determinada particularidade, uma parte desses indivíduos pode apresentar a síndrome

consumptiva, que é caracterizada por uma perda de peso involuntária maior que 10% (Aberman et al., 2014; Coppini; Jesus, 2011).

Além da síndrome consumptiva, alguns outros sintomas da aids podem estar diretamente relacionados ao estado nutricional do indivíduo, como a diarreia crônica, a candidíase oral, a monilíase oral e/ou esofágica, entre outros. As infecções oportunistas relacionadas ao HIV, como a tuberculose, além de terem o estado nutricional como um determinante de sua incidência e gravidade, também podem ter consequências nutricionais graves, através de sintomas como a perda do apetite e a redução do peso corporal (Brasil, 2018a; Coppini; Jesus, 2011; WHO, 2003).

Por outro lado, existem PVHIV, em supressão viral, que também apresentam baixo peso ou estão em um processo de perda de peso. Por isso, é necessário considerar que existem vários fatores que, por vezes, são negligenciados e que podem influenciar no estado nutricional desses pacientes, como os fatores psicossociais (relações familiares, fonte de renda e questões afetivas) e a insegurança alimentar. O baixo peso, quando é decorrente dessa insegurança alimentar, pode também se tornar uma barreira crítica para a adesão à TARV e aos demais cuidados em saúde (De Luis et al., 2001; Young et al., 2014).

Como a insegurança alimentar é um fator importante nesse contexto, é necessário ter claro esse conceito abrangente e intersetorial, que tem como base o direito humano à alimentação adequada e a soberania alimentar.

A SAN consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

Dessa maneira, qualquer indivíduo que não tiver garantida a realização desse direito, é considerado em insegurança alimentar. Essa condição pode ser detectada a partir de diversas questões, como a fome, as doenças relacionadas à má alimentação, o consumo de alimentos ou de produtos alimentícios de baixa

qualidade ou prejudiciais à saúde, alimentos e bens essenciais com preços abusivos, entre outros (CONSEA, 2004).

No contexto do HIV, a interpretação da insegurança alimentar deve considerar, adicionalmente, as vulnerabilidades biológicas, clínicas e sociais vivenciadas por essa população. Diversos estudos mostram que a insegurança alimentar é um obstáculo para a adesão à TARV e que intervenções que tenham como objetivo reverter essa situação, geralmente têm um impacto positivo na qualidade de vida e na adesão aos cuidados e tratamento para PVHIV (Aberman et al., 2014; Anema et al., 2014; Claros et al., 2014; Franke et al., 2011; Singer et al., 2015; Young et al., 2014).

O cuidado em saúde precisa abranger o apoio aos pacientes e suas famílias com maiores necessidades de recursos sociais e financeiros. Os fatores socioeconômicos, o ambiente em que vivem, as redes de apoio e os demais determinantes sociais de saúde (DSS) podem interferir de maneira negativa no acesso desses pacientes a uma alimentação adequada (Banks et al., 2021; Perera et al., 2021).

Os DSS são aspectos não clínicos que influenciam o estado de saúde de um indivíduo. Pode-se dizer que são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de questões exteriores que moldam as condições de sua vida cotidiana. Dessa maneira, a abordagem adequada dos DSS deve ser realizada de maneira integrada com os diversos setores e com a sociedade civil (WHO, 2017).

Na população brasileira, são observadas importantes desigualdades sociais entre crianças, adolescentes e adultos com baixo peso, sendo que a maioria dos casos ocorre em grupos com menor escolaridade e baixa renda e entre minorias étnicas (Canella et al, 2020). Essa relação entre as questões socioeconômicas e o baixo peso também é observada em outros países e sinaliza a importância de intervenções preventivas em populações mais vulneráveis, com o objetivo de recuperar o estado nutricional de maneira sustentável (Alao et al., 2021).

O cenário brasileiro atual, no qual observa-se um aumento da dificuldade de acesso à uma alimentação adequada, reflete as crises sanitária, política e econômica vivenciadas. Entre 2004 e 2013, políticas públicas de combate à pobreza e à miséria tiveram um considerável impacto na população brasileira, com uma importante redução da insegurança alimentar em todo o país. No entanto, desde 2020, a pandemia do novo coronavírus evidenciou ainda mais as desigualdades sociais vivenciadas no Brasil. A crise econômica já impactava no aumento da insegurança alimentar, porém a superposição das crises econômica e sanitária, sem uma adequada resposta governamental, teve como reflexo um aumento importante da insegurança alimentar em todo o território nacional (Rede PENSSAN, 2021).

Além dessa questão, o estado nutricional de PVHIV, durante a pandemia do novo coronavírus, também pode ter sido afetado pelo aumento de busca tardia pelos serviços de saúde, quando já estavam com comprometimentos de saúde mais graves, por conta da sobrecarga de atendimento nesses locais (Mclinden et al., 2020; Waterfield et al., 2021).

Por causa desses diversos fatores que podem influenciar o estado nutricional, todas as PVHIV precisam ser submetidas a uma avaliação específica. Nesse momento o profissional deve verificar a ocorrência de perda de peso, a deficiência de vitaminas e minerais, o consumo alimentar, os hábitos de vida e a presença de alterações metabólicas. Deve-se também, através de uma escuta qualificada, observar outras questões que possam estar levando o paciente a uma redução de peso. Além disso, é importante que os serviços de saúde se atentem aos indivíduos que apresentam algum comprometimento cognitivo ou funcional que possa dificultar a compra e/ou o preparo dos alimentos. Essa avaliação irá permitir o planejamento de uma intervenção interprofissional, visando um cuidado integral do paciente, para que seja possibilitada uma melhora na sua qualidade de vida (De Carvalho et al., 2017; Perera et al., 2021; Silveira; Falco, 2020).

3 PROPOSIÇÃO

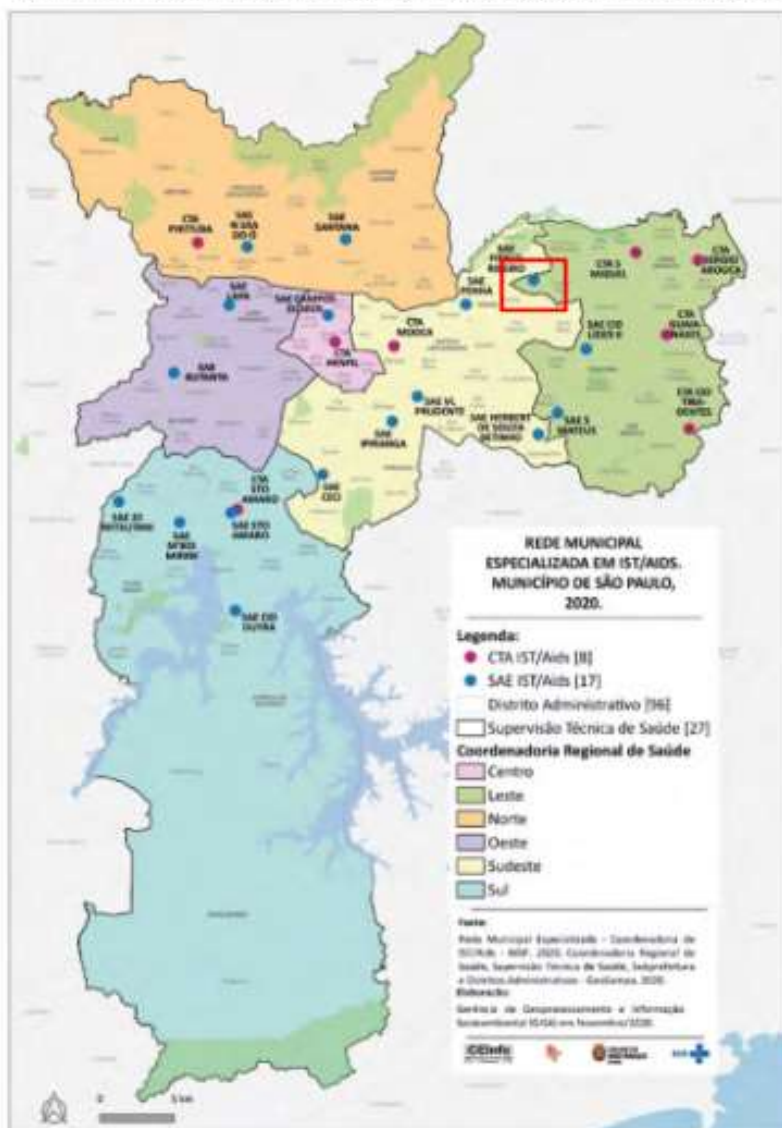
Este estudo se propõe a analisar a percepção de profissionais da saúde, atuantes na atenção à PVHIV e/ou aids, em relação ao baixo peso que pode acometer esses indivíduos. Além disso, dedica-se a identificar as possíveis dificuldades e potencialidades no atendimento dessa população. A partir dos resultados obtidos, serão discutidas as possibilidades de aprimorar as estratégias de atendimento e de efetivar um cuidado integral desses pacientes, atendidos pelo SUS, levando em consideração as suas demandas e os diversos fatores que possam culminar na sua redução de peso.

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Serviço Ambulatorial Especializado em IST/Aids, o SAE Fidélis Ribeiro, o qual está localizado em uma zona periférica da região leste do município de São Paulo. Apesar de estar situado nessa região, o atendimento não é territorializado, possibilitando o acolhimento de usuários residentes em quaisquer localidades.

Figura 4.1 - Mapa da Rede Municipal Especializada em IST/Aids no município de São Paulo



Fonte: SÃO PAULO, 2020b

O serviço foi criado em junho de 1996 e presta atenção integral às pessoas com IST, HIV ou aids. Os pacientes, matriculados nessa unidade de saúde, são acompanhados por uma equipe interprofissional e recebem: atendimentos de infectologia, ginecologia, pediatria, nutrição e odontologia, cuidados de enfermagem, orientação de serviço social, apoio psicológico, orientações farmacêuticas e dispensação de medicamentos e de insumos de prevenção. Além disso, o serviço possui também um CTA que oferece, para todos os cidadãos, sorologias e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, profilaxia em acidentes com material biológico, PEP e PrEP.

O atendimento no SAE é considerado “porta aberta”, ou seja, acontece por demanda espontânea, sem agendamento prévio, ou por orientação/encaminhamento de algum outro serviço de saúde. Todos os usuários são acolhidos no mesmo dia, sendo avaliadas as suas demandas, vulnerabilidades e situações de risco. Quando esse paciente é matriculado no SAE, tem a sua confidencialidade garantida, sendo as questões relacionadas à sua privacidade, ao sigilo e à ética profissional rigorosamente respeitadas (São Paulo, 2020b).

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Na época da coleta de dados, o SAE contava com 64 profissionais, sendo que desses, 43 eram profissionais da saúde que atuavam diretamente no cuidado à PVHIV.

Foram convidados para a pesquisa 15 profissionais, porém 2 não quiseram dela participar. Sendo assim, a amostra foi composta por 13 profissionais da saúde que atuam diretamente no cuidado à PVHIV, sendo contempladas todas as categorias profissionais atuantes no momento da coleta de dados (médico infectologista, pediatra e ginecologista/obstetra; cirurgião dentista; auxiliar de saúde bucal; psicólogo; assistente social; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; farmacêutico e técnico em farmácia). Desses participantes, além de atuarem na sua

área de formação, 7 fazem parte da equipe de acolhimento e aconselhamento do serviço.

4.3 ATENDIMENTO ÀS NORMAS DE BIOÉTICA

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (nº 4.465.279) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (nº 4.494.403), recebendo pareceres favoráveis de ambos (Anexos A e B).

Foi garantido, ao participante, o sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa, a privacidade, a confidencialidade e o anonimato. Foram explicados os possíveis riscos e benefícios, mesmo que indiretos, decorrentes da pesquisa. Garantiu-se, sem qualquer prejuízo ou constrangimento, a liberdade de não participar da pesquisa ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento.

A coleta de dados ocorreu somente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu, observados os cuidados de privacidade, no local de trabalho e durante o horário de expediente dos profissionais participantes da pesquisa.

Foi realizado um questionário aberto e autoadministrado (Apêndice D), o qual foi estruturado em perguntas relacionadas à sua percepção sobre o cuidado do paciente com baixo peso. Além disso, foram coletados alguns dados para

caracterizar esses voluntários (idade, gênero, tempo de atuação no serviço de saúde e categoria profissional).

Optou-se pelo questionário autoadministrado devido às restrições impostas pela pandemia de covid-19, que incluía a necessidade de manter medidas de distanciamento social, dificultando a realização de entrevistas (WHO, 2020). Além disso, a rotina de atendimento mudou desde o início da pandemia, sobrecarregando alguns setores do serviço de saúde. Dessa maneira, com o questionário autoadministrado, o participante conseguiu ter a liberdade de respondê-lo no momento em que tivesse disponibilidade.

Os profissionais da saúde foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e receberam o questionário posteriormente à assinatura do TCLE. Todos os participantes foram instruídos em relação à devolução do questionário, após finalizarem o seu preenchimento, com identificação opcional.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos nos questionários foram analisados qualitativamente, com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), a qual compreende um conjunto de técnicas e estratégias usadas para investigar diferentes materiais. O seu uso é flexível e adaptável em vários cenários, permitindo a exploração do significado de diversos dados textuais, sejam eles explícitos ou implícitos (Bardin, 2010; Kleinheksel et al., 2020). O objetivo desse tipo de análise é transformar, sistematicamente, um grande volume de texto em um resumo organizado e conciso dos principais resultados (Erlingsson; Brysiewicz, 2017). Após isso, é possível realizar as inferências, que são operações cognitivas que o pesquisador realiza para elaborar novas proposições a partir de informações encontradas no material textual (Bardin, 2010; Coscarelli, 2002).

Nessa pesquisa, inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante das respostas recebidas para o conhecimento do material a ser investigado. Nesta fase,

de pré-análise, o material foi organizado para compor o corpus da pesquisa, sendo usadas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2010; Santos, 2012).

- regra da exaustividade: com o objetivo de se alcançar a exaustividade, não foi excluída nenhuma resposta do questionário, sem alguma justificativa.
- regra da representatividade: para garantir o cumprimento dessa regra, foram selecionados participantes de todas as categorias profissionais do serviço (que atuassem diretamente no cuidado da pessoa vivendo com HIV), de forma que a amostra pudesse ser representativa do universo estudado
- regra da homogeneidade: foram utilizados os mesmos questionários e a técnica para a obtenção das respostas foi a mesma para todos os participantes, a fim de se obter uma homogeneidade do material a ser explorado
- regra da pertinência: o questionário foi construído com o objetivo de propiciar que as respostas obtidas correspondessem à proposição da análise. Mesmo assim, as respostas foram avaliadas como adequadas, enquanto fonte de informação, antes de serem utilizadas na pesquisa.

Após essa etapa, foi realizada a exploração do material. Para a codificação, foram definidas as unidades de contexto, no caso as respostas dadas na íntegra nos questionários, e foi escolhida a unidade de registro temática, a qual geralmente é utilizada em respostas às questões abertas.

(...) Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 2010).

O próximo passo foi a categorização do material obtido. As categorias são definidas como classes com características comuns, organizadas em grupos de elementos com títulos genéricos. De forma geral, a categoria é uma forma de pensamento que reflete, resumidamente, a realidade do universo estudado (Santos, 2012).

Foram utilizados critérios semânticos para realizar a categorização, a qual foi feita em duas etapas: o inventário e a classificação. No inventário deve-se isolar os elementos e na classificação, esses elementos são divididos e organizados seguindo os critérios estabelecidos. Neste estudo, todas as respostas obtidas, por meio do questionário, foram isoladas, codificadas e, depois, agrupadas em categorias, levando-se em consideração as características temáticas em comum. Para a definição das categorias, verificou-se se elas respeitavam as regras de exclusão mútua (cada elemento não poderia existir em mais de uma divisão), homogeneidade (um único princípio de classificação deveria governar a organização dos dados), pertinência (a categoria deveria estar adaptada ao material de análise escolhido), objetividade e fidelidade (as categorias poderiam ser aplicadas ao longo de toda a análise e deveriam permitir que, mesmo quando submetidas a várias análises, a codificação fosse semelhante) e produtividade (deveria fornecer resultados úteis) (Bardin, 2010).

Após a exploração do material, foram realizados o tratamento dos resultados e as interpretações dos dados.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra desta pesquisa foi composta por 13 indivíduos, sendo que todos eram profissionais da saúde que atuavam diretamente no cuidado à PVHIV. Conforme é possível observar na tabela abaixo, foram contempladas todas as categorias profissionais atuantes na época da coleta de dados. Além disso, 7 desses participantes também faziam parte da equipe de acolhimento e aconselhamento do serviço.

Responderam ao questionário 9 mulheres (69,23%) e 4 homens (30,77%). O tempo de atuação no serviço variou entre 0 a 25 anos, sendo que 2 desses profissionais atuavam no serviço desde a sua abertura e 1 desses entrou nessa unidade de saúde 1 ano após o início do seu funcionamento. A maioria dos participantes tinham 10 anos ou menos de atuação.

Com o objetivo de resguardar a identificação dos participantes, os dados sobre suas idades foram omitidos, as categorias profissionais foram agrupadas e o tempo de atuação no serviço foi apresentado em intervalos, de acordo com cada grupo de categoria profissional.

Quadro 5.1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

ID	GÊNERO	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO (anos)
P01	mulher	equipe médica	19 a 25
P02	mulher	equipe médica	
P03	mulher	equipe médica	
P04	mulher	equipe de saúde bucal	1 a 25
P05	homem	equipe de saúde bucal	
P06	homem	equipe de saúde bucal	
P07	mulher	equipe de enfermagem	2 a 10

P08	mulher	equipe de enfermagem	
P09	homem	equipe de enfermagem	
P10	mulher	equipe de farmácia	4 a 10
P11	mulher	equipe de farmácia	
P12	mulher	equipe de apoio psicossocial	0 a 3
P13	homem	equipe de apoio psicossocial	

Fonte: A autora

5.2 CATEGORIZAÇÃO

Após a organização dos dados, definiu-se 7 categorias diferentes, as quais foram desmembradas em subcategorias, com o intuito de facilitar a discussão e a interpretação dos dados obtidos. Essas divisões foram realizadas de modo a responder ao objetivo da pesquisa, como é possível observar a seguir.

Quadro 5.2 - Apresentação das categorias e subcategorias

<p>Categoria I Mudança no perfil do paciente com baixo peso ao longo dos anos</p>	<p>a) redução dos casos de baixo peso b) redução dos sintomas relacionados à infecção pelo HIV c) sem mudanças d) redução do descontentamento com a aparência</p>
<p>Categoria II Mudança na atuação profissional ao longo dos anos</p>	<p>a) Prioridade no atendimento b) Intervenções menos frequente c) Avaliação do estado nutricional d) Sem mudanças</p>

<p>Categoria III Motivos relacionados ao baixo peso atualmente</p>	<p>a) questões socioeconômicas b) falta de adesão ao tratamento c) questões psicológicas d) infecções relacionadas ao HIV e) falta de acesso à alimentação adequada f) preconceito g) não conhece serviços ofertados na unidade de saúde</p>
<p>Categoria IV Intervenções do profissional que ajudam na recuperação do peso</p>	<p>a) atuação de equipe multiprofissional b) integralidade do cuidado c) intervenções odontológicas d) orientações alimentares e encaminhamento para o nutricionista e) orientações sobre adesão e promoção de tratamento adequado</p>
<p>Categoria V Dificuldades no acompanhamento/atendimento</p>	<p>a) percepção do estado nutricional b) baixa disponibilidade de vitaminas para dispensação c) absenteísmo dos pacientes</p>
<p>Categoria VI Mudanças necessárias no serviço de saúde</p>	<p>a) Intervenções interdisciplinares b) adequação dos recursos humanos e serviços ofertados c) políticas públicas d) oferta de atividade física</p>
<p>Categoria VII Novas tecnologias/ avanços no tratamento</p>	<p>a) disponibilidade de novos ARVs b) início precoce do tratamento</p>

Fonte: A autora

5.2.1 Mudanças no perfil do paciente com baixo peso ao longo dos anos

Quando questionados sobre a mudança no perfil dos pacientes, desde que começaram a atuar na atenção especializada à PVHIV, a maior parte dos relatos foi associada à redução da ocorrência do baixo peso e de complicações em decorrência da aids entre os pacientes. Essas respostas foram trazidas, principalmente, pelos profissionais que estavam no serviço há mais tempo e vivenciaram o início da epidemia da aids e do tratamento com ARV no Brasil.

No serviço de saúde estudado, alguns profissionais relataram essa percepção, comparando o quadro desses pacientes no início da epidemia da aids com o estado de saúde atual. Foi citado o impacto da falta de tratamento adequado, na época, no estado nutricional dos pacientes, evidenciado pelo número de indivíduos com baixo peso, em decorrência da aids, que eram atendidos no SAE, como é possível observar em três desses relatos, transcritos a seguir.

(...) [percebo] bem menos pacientes com baixo peso [nos dias atuais]. [Os pacientes] Iniciam o tratamento mais cedo, com menor advento da caquexia. O número de pacientes com baixo peso, por causa da aids, é muito menor hoje. (P1)

(...) observo que, no início da epidemia, os pacientes eram muito comprometidos imunologicamente e [havia] muitos casos de baixo peso. Hoje, os pacientes chegam [no serviço de saúde] em melhores condições de saúde geral e ponderal. Não notamos mais aquele paciente HIV com perfil estigmatizado de antes. (P2)

(...) No início da pandemia, percebia-se um grande número de pacientes com baixo peso. Hoje, existe um número menor de usuários com esse perfil (...). (P9)

Pelos relatos de alguns profissionais abaixo, é possível perceber que, no passado, era mais frequente o aparecimento de pacientes imunodeprimidos, com quadros característicos da aids e com maior dificuldades de recuperar o seu estado nutricional.

Antigamente, os pacientes tinham infecção intestinal associada [ao HIV] e mesmo com suplementação não era possível recuperar o [estado nutricional do] paciente. Era quase impossível recuperar a diarreia (...). (P1)

Atuando nesta unidade desde 19XX, quando o tratamento com ARV ainda era muito restrito, encontrávamos muitos pacientes com características da síndrome da imunodeficiência, debilitados, desnutridos (...). (P3)

Décadas atrás, a perda de peso me parecia inexorável pelo contínuo aumento da carga viral [dos pacientes](...). (P5)

Além da redução dos casos de baixo peso e das complicações em decorrência da aids, dois profissionais referiram não perceber nenhuma mudança nesse período, porém os mesmos estavam atuando há menos de um ano no serviço. E, de maneira menos expressiva, também foi citada a redução de queixas relacionadas à aparência e a melhora do estado nutricional após aceitação do diagnóstico.

5.2.2 Mudanças na atuação profissional ao longo dos anos

A maioria dos relatos nesta categoria foi sobre a diminuição de intervenções com esses pacientes, quando comparado ao início da epidemia da aids no Brasil, como exemplificado no relato abaixo.

(...) a minha atuação nesse aspecto era bem mais intensa, nos pacientes de baixo peso, porque apresentavam imunidade baixa, infecções de repetição. A maioria recebia imunoglobulina EV mensal, suplementos. Nos dias de hoje tais casos são bem mais raros. (P2)

A seguir, é possível observar o exemplo de um dos participantes da pesquisa que relataram a percepção de que os casos de baixo peso são priorizados no atendimento.

(...) Percebi que esses pacientes são priorizados, de forma que sejam mais acompanhados, e, se necessário, são feitas visitas [domiciliares] e telefonemas. (P10)

Um dos profissionais referiu ter um cuidado maior com a avaliação da mudança de peso. E somente um profissional não percebeu mudanças na sua atuação, porém o mesmo estava atuando há pouco tempo nesse serviço de saúde quando foi entrevistado.

5.2.3 Motivos relacionados ao baixo peso atualmente

Ao refletir sobre os motivos que levam alguns pacientes a ainda sofrerem com a perda de peso, nos dias atuais, os participantes dessa pesquisa citaram diversos pontos, sendo alguns mais frequentes que outros. A grande maioria abordou as questões socioeconômicas como responsáveis pelo estado nutricional prejudicado, seguidas pela falta de adesão ao tratamento, como é possível observar em alguns de seus relatos a seguir.

(...) [o baixo peso pode ser resultado de] questões financeiras, com falta de alimento; há também pacientes que perderam o domínio próprio, morando nas ruas, usando drogas; enfim, cada indivíduo é único e precisa do cuidado de todos. (P11)

(...) ainda contamos com a problemática econômica que contribui para a situação do baixo peso. (P8)

Penso que as principais causas de baixo peso nos pacientes são principalmente a falta de adesão adequada ao tratamento medicamentoso com antirretrovirais, tanto para crianças, [quanto para] adolescentes ou adultos (...). (P2)

Geralmente [o baixo peso] ocorre devido à má adesão ao tratamento, pois a não tomada ou tomada incorreta da medicação do HIV resulta em alterações no sistema imunológico, diminuindo as células de defesa dos indivíduos. Tal fato acarreta na possibilidade de doenças oportunistas, além da própria aids, que debilita o paciente e a perda de peso é uma causa de debilidade (...). (P11)

As questões sobre a saúde mental e o preconceito com o diagnóstico também foram citadas pelos participantes desta pesquisa como limitantes para a boa adesão ao tratamento e, conseqüentemente, com impacto no baixo peso dessa população, como é possível observar a seguir.

A aids ainda é uma doença que traz muito desconforto emocional, então muita gente ainda não a trata. (...) Acho que tem várias coisas relacionadas, tem distorção corporal. (P1)

Apesar do ano ser 2021, ainda a descoberta e aceitação é um tabu e isso possibilita meios para que o baixo peso aconteça (...). (P8)

(...) Não é possível generalizar a causa [do baixo peso], alguns deles referem problemas psicológicos que o levam ao mau tratamento (...). (P11)

De maneira equivalente, foram abordados também o impacto da falta de acesso à uma alimentação adequada e as complicações nutricionais que as infecções relacionadas ao HIV podem trazer ao paciente. Esses relatos estão descritos adiante.

Creio que a pauperização da epidemia [do HIV], agravada pela pandemia de COVID-19, levou muitos pacientes a se alimentarem menos e pior. (P5)

[O baixo peso pode ser consequência de] falta de nutrientes básicos (arroz, feijão, carne, frutas e legumes); acompanhamento social [insuficiente]; desemprego. (P10)

(...) a influência (impacto) da doença HIV/Aids nos acometidos, propiciam baixo peso. (P9)

E, de forma menos expressiva, além do preconceito, também foi citado o desconhecimento dos serviços ofertados pela unidade de saúde.

5.2.4 Intervenções do profissional que ajudam na recuperação do peso

Em relação às intervenções que ajudam no processo de recuperação de peso do paciente, praticamente todas as subcategorias foram abordadas com uma frequência semelhante.

Alguns relatos mostram que os participantes conseguiam perceber a importância da atuação dos demais profissionais, para a recuperação do estado nutricional, e incentivam a abordagem multiprofissional, como pode-se observar a seguir.

[Para recuperar o estado nutricional é importante] continuar com equipe multiprofissional e sua atualização constante; incentivar os pacientes com seus controles medicamentosos, nutricional, social e psicológico; programas no serviço de assistência social e de nutrição que possam complementar as dificuldades socioeconômicas destes pacientes, as quais afetam diretamente nesta recuperação do baixo peso. (P3)

(...) Nesses casos [de baixo peso], um profissional percebe a necessidade da avaliação de outro específico e já direciona. Essa interação multiprofissional

reforça ao paciente que ele possui direitos diversos, porém também deve cumprir seus deveres. (P11)

(...) Compreendo que os pacientes com baixo peso necessitam de um olhar diferenciado da equipe multi (...). (P12)

Além do atendimento por parte da equipe, também é citada, por um dos participantes, a interação entre os profissionais como benéfica para o acompanhamento de saúde do paciente.

(...) [é fundamental o] encontro com equipe multiprofissional, equipe com nutricionista, discussão de caso com equipe multiprofissional. (P12)

Os participantes dessa pesquisa também referiram a integralidade no cuidado desses pacientes como necessária para a melhora do seu estado nutricional, conforme pode-se observar em alguns relatos a seguir.

Acredito que a contribuição ideal para o nosso paciente é o atendimento global; conhecendo as suas necessidades e dificuldades, para que consiga vencer os obstáculos que o impedem de levar o tratamento adequado adiante para ter uma vida plena e saudável (...). (P2)

Com escuta qualificada, compreendendo o indivíduo, suas questões pessoais, condições socioeconômicas, cultura. Formação de vínculo (...). (P12)

(...) Consigo enxergar o paciente como um todo (...) Agora, com atuação direta no atendimento ao paciente e na participação da equipe multi, fica mais clara a necessidade de avaliação individual, a fim de entender o porquê da má adesão ou de outros fatores relevantes. (P11)

E uma das maneiras que os profissionais percebem ser efetivas para a recuperação do estado nutricional dessa população é por meio de orientações sobre a adesão e a promoção do tratamento adequado, como é possível observar em alguns dos relatos a seguir.

(...) com a dificuldade com a quantidade de medicação a ser tomada, havia muitos abandonos de tratamento, onde foi muito importante o acompanhamento nutricional e orientação para melhor adequação do tratamento. (P3)

[Ajudo na recuperação do peso] trabalhando na conscientização do paciente quanto à adequada adesão medicamentosa, buscando meios para facilitá-la. Se preciso for, discutindo com a equipe médica e multi, no intuito de adequar a terapia, evitando assim, falhas terapêuticas e resistência viral (...). (P11)

Alguns dos profissionais participantes da pesquisa discorreram sobre a importância das orientações alimentares e do encaminhamento para o nutricionista, como estratégia para a recuperação do peso dessa população, como é pode-se observar em alguns exemplos adiante.

(...) Uma vez identificada essa nova condição [o baixo peso] e como dispomos do serviço de nutrição, me sinto na obrigação de detectar e estimular esse indivíduo a participar desse acompanhamento que, muitas vezes, não é de conhecimento de todos. (P8)

[Consigo intervir] pelo incentivo ao seguimento terapêutico relacionado à dieta alimentar, bem como, ajudar no planejamento das tomadas dos medicamentos com os horários dos alimentos. (P9)

(...) Em minha atuação profissional percebo a necessidade de encaminhar para o profissional nutricionista, visando o fortalecimento não somente nutricional, mas também, o paciente pode fortalecer o vínculo com a equipe multi. (P9)

Todos os profissionais de saúde bucal citaram a importância de intervenções odontológicas nessa população, como podemos ver em um relato abaixo, porém os demais profissionais não tiveram essa mesma percepção.

Como dentista, no aspecto curativo, [contribuo com a recuperação do estado nutricional] reabilitando a arcada dentária, livrando-a de focos infecciosos e de desconforto para mastigar(...). (P5)

5.2.5 Dificuldades no acompanhamento/atendimento

As principais dificuldades relatadas nesta pesquisa, durante o acompanhamento desses pacientes, foram relacionadas à dificuldade de perceber o baixo peso e à baixa disponibilidade de suplementação de micronutrientes para dispensação. Alguns exemplos desses relatos podem ser observados a seguir.

Encontro dificuldade em suspeitar de pacientes que se enquadrem como baixo peso e, clinicamente, não apresentam queixas. Localizar a informação no prontuário não é tarefa fácil nem costumeira. (P5)

Às vezes eu sinto um pouco de falta de vitamina disponível para auxiliar no tratamento. E é muito caro para o nosso paciente comprar fora. As pessoas

não comem bem, então nem sempre conseguem a quantidade de vitamina que o corpo precisa, pela comida. (P1)

Um dos participantes da pesquisa citou o absenteísmo dos pacientes como dificultador do seu acompanhamento.

5.2.6 Mudanças necessárias no serviço de saúde

A principal mudança necessária, do ponto de vista dos participantes, é o aumento de ações interprofissionais no serviço de saúde em questão, como pode-se observar nos trechos de alguns relatos a seguir.

Acho que todo paciente deve receber apoio integral da equipe. [Acredito] que toda avaliação dessa equipe multiprofissional deve estar voltada para um diagnóstico precoce e prevenção dos pacientes com baixo peso, pois são mais suscetíveis a doenças e apresentam maior vulnerabilidade. (P2)

(...) Neste momento, acho que a interação interna, apesar de boa, está longe de ser ótima, precisa ter mais parceria entre os profissionais. (P11)

(...) [deve ocorrer uma] avaliação da equipe multiprofissional para que este paciente seja encaminhado devidamente aos programas oferecidos pela unidade. (P3)

Além disso, outra mudança apontada frequentemente foi a necessidade de adequação dos recursos humanos e dos serviços ofertados para que seja possível garantir um atendimento mais adequado à essa população.

Como se trata de um serviço especializado, [recebemos] pacientes de várias regiões, às vezes, com dificuldade de locomoção para o atendimento no local de serviço, ocorrendo assim, as faltas, os abandonos. Desta forma, poderia ser incrementado o serviço de atendimento das visitas domiciliares, para avaliação dessas condições (...). (P3)

Acredito que alcançaríamos um maior número de pacientes, se tivéssemos mais profissionais atuantes, além de mais recursos, como: melhores condições para visitas domiciliares (com equipe e equipamentos completos), maior interação entre a rede (UBS, hospitais), facilitando o acesso aos serviços; entre outros (...). (P11)

(...) [acredito serem necessárias] capacitação, cursos, atualização. Quadro de funcionários comprometido (RH). (P12)

Mudanças que vão além do alcance dos profissionais de saúde e da gestão também foram pontuadas como necessárias. Essas mudanças estão, em sua maioria, relacionadas à políticas públicas, como pode-se observar abaixo.

O serviço, creio que está tendo um bom atendimento com profissional nutricionista qualificado, distribuição de complemento nutricional. No geral, o que precisa mudar são as políticas públicas para acesso dos usuários vulneráveis e carentes. (P7)

(...) [precisa] ter rede de assistência às dificuldades socioeconômicas, com fornecimento de lanches/cestas básicas/vales compras. (P9)

Um dos participantes da pesquisa apontou a necessidade de disponibilizar prática de atividade física no serviço de saúde.

5.2.7 Novas tecnologias/ avanços no tratamento

A disponibilidade de novos ARV foi citada como uma importante evolução no tratamento desses pacientes, sendo associada, por alguns profissionais, à melhora do estado nutricional. Os médicos participantes da pesquisa, que lidam diretamente com esses casos, relataram que antes era mais difícil recuperar o estado nutricional dos pacientes do que é hoje. Para isso, além dos medicamentos disponíveis, também foi relatada a possibilidade de início precoce do tratamento como um facilitador. Essas questões podem ser observadas em alguns dos relatos a seguir.

Atualmente, com grande evolução dos ARV, facilidade na tomada, acompanhamento multiprofissional, é mais raro encontrar pacientes debilitados (...). (P3)

(...) No início da pandemia, percebia-se um grande número de pacientes com baixo peso. Hoje, existe um número menor de usuários com esse perfil, fruto de novas tecnologias, como ARVs mais seguros e com menos impacto na lipodistrofia, anemia e perfil de lipídeos. (P9)

Antigamente, os pacientes tinham infecção intestinal associada e mesmo com suplementação não era possível recuperar o paciente. Era quase impossível recuperar a diarreia. Hoje o tratamento inicia mais cedo, então não acontece com tanta frequência. A mudança foi radical. (P1)

6 DISCUSSÃO

6.1 MUDANÇAS NO PERFIL DO PACIENTE COM BAIXO PESO AO LONGO DOS ANOS

Os profissionais da unidade de saúde, principalmente aqueles que vivenciaram o início da epidemia da aids no Brasil, relataram a percepção de uma redução dos casos de baixo peso no decorrer dos anos. Apesar de não ter sido realizada, na época, uma coleta de dados no local, os participantes da pesquisa referiram uma mudança clara no perfil desses indivíduos. Essa transição teria sido impactada, principalmente, pelos avanços no tratamento, que resultou na melhora do estado de saúde geral dos pacientes, com uma consequente prevenção de depleção nutricional.

Um estudo realizado nos EUA, com uma amostra nacionalmente representativa, mostrou uma mudança no perfil nutricional das PVHIV, sendo possível notar um aumento dos casos de excesso de peso (Thuppal et al., 2017). Antes da disponibilidade da TARV, a perda de peso era um importante critério diagnóstico para o HIV (Atkinson et al., 2013), no entanto, atualmente observa-se um crescimento do risco de sobrepeso e obesidade nessa população, refletindo as tendências da população em geral (Bailin et al., 2020).

Essa mudança do perfil nutricional dos pacientes é discutida atualmente. A adoção de TARVs modernas reduziu a prevalência da lipodistrofia (distribuição anormal da gordura pelo corpo, podendo ser aumentada ou reduzida em determinadas regiões) e dos demais efeitos colaterais metabólicos. Porém, ainda é incerto definir se o ganho de peso observado atualmente é um efeito colateral da TARV ou se ele ocorre em decorrência da melhora dos parâmetros infecciosos e da redução da carga viral do HIV (Alencar et al., 2008; Bailin et al., 2020; Lago, 2017; Mangili et al., 2006; Souza, 2020; Verhaegen; Van Gaal, 2021).

No Brasil, ainda não existe uma pesquisa, com amostra nacional, para avaliar a mudança do perfil nutricional em PVHIV ao longo dos anos. No entanto, em uma revisão realizada com estudos de diversas regiões brasileiras, foi observado um aumento de indivíduos eutróficos ou com excesso de peso vivendo com HIV (Batista et al., 2021). Mesmo com essa tendência de mudança no município de São Paulo e no país (Brasil, 2021), ainda há uma parcela dessa população que persiste com baixo peso (Batista et al., 2021).

Em São Paulo, município no qual essa pesquisa foi realizada, tem-se observado uma redução das notificações dos casos de aids nos últimos anos (São Paulo, 2021a). Essa redução pode ter como reflexo a diminuição dos casos de baixo peso relacionados diretamente à infecção pelo HIV, uma vez que a fase sintomática da doença pode apresentar sintomas ligados à depleção nutricional do paciente (Silveira; Falco, 2020).

Nessa pesquisa, alguns profissionais relataram a percepção de que, no passado, era mais frequente a presença de pacientes imunodeprimidos e com quadros característicos da aids. Com isso, a recuperação do estado nutricional desses indivíduos era mais complexa. Esse cenário sinaliza a importância de programas e políticas que reduzam o adoecimento em decorrência do HIV, especialmente ao se considerar o impacto na qualidade e expectativa de vida do paciente.

Após a disponibilização da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), de forma universal, pelo SUS, a carga viral dos pacientes começou a ser controlada mais efetivamente, possibilitando a recuperação do sistema imunológico e a redução de sintomas relacionados à aids. Observou-se, na época, uma queda significativa das causas de morte associadas às manifestações oportunistas. Dessa maneira, além da mortalidade, a morbidade também foi reduzida, aumentando a expectativa e a qualidade de vida desses indivíduos (Mota et al., 2018; Palella et al., 2006).

O envelhecimento da população vivendo com HIV, o aumento de diagnóstico entre idosos e o uso prolongado de ARV têm sido associados ao desenvolvimento de comorbidades não relacionadas ao HIV. Doenças cardiovasculares, ganho de

peso, distúrbios neurocognitivos e doenças ósseas também têm sido observados frequentemente em PVHIV (Maggiolo et al., 2021).

Mesmo com essa mudança no perfil nutricional, ao longo dos anos, é importante ressaltar a necessidade do acompanhamento nutricional de todos os indivíduos. Tanto da parcela que, por algum motivo, ainda sofre com o baixo peso, quanto dos demais que possam apresentar algum ganho de peso excessivo ou alterações bioquímicas decorrentes ou não do uso da TARV. Sendo assim, é fundamental garantir a presença do profissional nutricionista nos serviços especializados e capacitar os demais profissionais da equipe de saúde para que percebam essas situações, orientarem os pacientes e realizem os devidos encaminhamentos, quando necessário.

6.2 MUDANÇAS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL AO LONGO DOS ANOS

Como citado no início dessa discussão, foi percebida, pelos trabalhadores da saúde, uma mudança no perfil dos pacientes em acompanhamento no serviço, no decorrer dos anos. Os profissionais, que atuavam na unidade de saúde em estudo, foram questionados se, como consequência desse novo cenário, ocorreram mudanças na sua atuação profissional. Alguns relataram que as intervenções com esses pacientes são cada vez menos necessárias quando comparado ao início da epidemia da aids no Brasil. Nesse sentido, a literatura aponta que as equipes de saúde passaram a lidar com novos desafios no atendimento à PVHIV. Por conta da cronicidade do HIV, as demandas desses pacientes mudaram, incluindo, principalmente, a procura por uma melhora global da qualidade de vida (Melo et al., 2019).

A elevação da expectativa de vida, nessa população, trouxe um aumento de evidências que apoiam o cuidado integrado entre o HIV e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Ford et al., 2018). Desse modo, as intervenções para reverter o baixo peso, que antes eram mais frequentes, hoje passam a ter mais relação com comorbidades relacionadas à idade, como doenças cardiovasculares,

dislipidemias, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Atualmente é indicado o monitoramento e rastreamento de possíveis morbidades por meio de exames de rotina, de acordo com as recomendações para idade e sexo biológico, em pessoas em uso de ARV (Thompson et al., 2021).

É importante que o cuidado da PVHIV seja compartilhado com os demais serviços da atenção básica, especialmente quando forem observadas outras comorbidades. Ao pensar na estrutura do SUS e nas redes de atenção à saúde (RAS) no município de São Paulo, isso viabiliza que a atenção ao paciente aconteça de maneira integral, levando em consideração o seu território de moradia, sua estrutura familiar, suas vulnerabilidades, demandas e necessidades, não ficando restrito somente ao tratamento do HIV (São Paulo, 2018).

No contexto em que esta pesquisa está inserida, é fundamental que a equipe de saúde conheça os equipamentos disponíveis RAS e esteja sensibilizada sobre a importância de compartilhar o cuidado do indivíduo, sempre respeitando o seu direito ao sigilo do diagnóstico e, em alguns casos, o desejo de não frequentar serviços de saúde em seu território de moradia.

Alguns participantes da pesquisa referiram perceber uma prioridade no atendimento quando o paciente apresenta baixo peso. Isso pode representar um ganho para o indivíduo, a partir do momento em que o profissional tiver uma abordagem individualizada e focada em suas necessidades. Assim como será discutido adiante, neste momento o profissional precisa pensar na integralidade do cuidado desse paciente e na multifatorialidade do baixo peso.

Somente um participante não percebeu mudanças no perfil dos pacientes atendidos, no curso de sua atuação profissional, porém o mesmo estava há pouco tempo nesse serviço de saúde quando foi entrevistado. Esse fato leva à reflexão de que, pela restrita vivência no serviço, profissionais recém chegados podem ter uma visão limitada sobre a mudança no perfil dos pacientes vivendo com HIV, em detrimento dos profissionais que já estão nessa área há mais tempo. Isso sinaliza a importância da troca de saberes entre todos os profissionais e da educação continuada, para que o profissional que está há pouco tempo no serviço, não tenha sua atuação prejudicada pela menor vivência na área.

6.3 MOTIVOS RELACIONADOS AO BAIXO PESO ATUALMENTE

Durante a coleta de dados desta pesquisa, a maioria dos participantes associou o baixo peso a questões socioeconômicas, entre PVHIV. Com base nisso, é importante que logo após o diagnóstico do HIV seja realizada uma escuta sobre a história psicossocial de cada paciente. Nesse momento, o profissional deve avaliar a sua rede de apoio, escolaridade, renda, moradia e disponibilidade de alimentação. Isso porque a precariedade de suporte social e as questões socioeconômicas podem estar associadas a uma provável dificuldade de adesão ao tratamento (Brasil, 2018a). Além disso, a vulnerabilidade socioeconômica é um fator de risco para a insegurança alimentar, o estado nutricional inadequado, a estigmatização e as complicações de saúde (Benzekri et al., 2021).

Nesse cenário, é fundamental ressaltar a importância do serviço social nessas unidades de saúde. A intervenção desse profissional, através do conhecimento da realidade social e das necessidades de cada paciente, pode ter um efeito direto na melhora da adesão ao tratamento e no estado nutricional, principalmente quando a falta de renda ou de acesso aos alimentos impede o paciente de se alimentar de maneira adequada.

Um estudo europeu, em um cenário em que a população possuía acesso universal aos cuidados de saúde e tratamento gratuito para o HIV, demonstrou que os pacientes com nível socioeconômico mais baixo tinham uma maior chance de não adesão à TARV. Essa avaliação associou a renda insuficiente, o desemprego, a baixa escolaridade e a moradia precária à consequente não supressão virológica (Burch et al., 2016).

No estado de São Paulo, um estudo qualitativo mostrou uma visão semelhante vinda dos próprios pacientes, os quais relataram que as questões socioeconômicas interferiam no uso regular dos ARV. Mesmo o tratamento sendo gratuito no Brasil, eles referiram que as limitações financeiras acabavam dificultando a adesão ao tratamento pelo impacto na sua vida cotidiana (Freitas et al., 2018).

Sendo assim, ao comparar com o município de São Paulo, que também é uma metrópole com acesso universal ao tratamento para o HIV, pode-se sugerir que, nesse cenário, o baixo peso pode ser decorrente da falta de renda para aquisição de alimentos, de outras preocupações que são priorizadas na realidade do indivíduo ou de complicações decorrentes da própria falta de adesão à TARV.

A dificuldade de adesão ao tratamento também foi bastante citada como responsável pelo baixo peso dos pacientes, nos dias atuais. A adesão ao tratamento compreende a utilização dos ARV da forma mais próxima ao que foi prescrito, respeitando as doses e os horários estabelecidos (Brasil, 2018a). Precisa ser um processo dinâmico, pois ela é multifatorial e engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Além disso, deve-se utilizar uma metodologia colaborativa entre o paciente e a equipe de saúde, a fim de facilitar a aceitação e a integração do esquema terapêutico no seu cotidiano (Brasil, 2007; Brasil, 2008). Nesse sentido, é importante que os profissionais do serviço tenham um olhar específico para a particularidade de cada indivíduo que está sendo cuidado, principalmente levando em consideração a importância da integralidade do cuidado, necessária para abranger essas múltiplas facetas envolvidas na adesão ao tratamento.

A não adesão aos ARV é uma das principais causadoras da falha terapêutica, sendo considerada uma forte ameaça para a efetividade do tratamento e para a qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2007). Uma das barreiras para essa dificuldade de adesão à TARV pode ser a falta de informações dos pacientes sobre os medicamentos (Souza et al., 2019). Isso ressalta a importância de refletir, com a equipe de saúde, sobre a abordagem que está sendo realizada ao se falar sobre o tratamento e se o paciente entendeu a dinâmica de seus cuidados com a saúde.

Uma das consequências da baixa adesão ao tratamento é o surgimento de infecções relacionadas ao HIV, as quais, segundo alguns participantes dessa pesquisa, também podem ser responsáveis pelo baixo peso dos pacientes. Essas infecções oportunistas podem reduzir a ingestão alimentar, aumentar o gasto energético e causar má absorção dos nutrientes, levando a deficiências

nutricionais. Essa condição pode afetar o quadro clínico geral, a qualidade de vida e as chances de sobrevivência do indivíduo (Tekelehaimanot et al., 2020).

As infecções oportunistas surgem durante a fase sintomática, a aids, a qual é caracterizada pelo surgimento de alguns sintomas diretamente relacionados à mudança no estado nutricional, como a síndrome consumptiva (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual), a diarreia crônica e as lesões orais (Brasil, 2018a; São Paulo, 2020b) Para evitar esse quadro é necessário investir no diagnóstico precoce do HIV, na adesão à TARV, na vinculação e na retenção desse paciente (São Paulo, 2020b).

Desse modo, o investimento na prevenção de agravos relacionados ao HIV mostra-se fundamental, principalmente através de estratégias que estimulem o paciente a aderir ao tratamento e a se vincular ao serviço de saúde, quando o objetivo também for reduzir os casos de baixo peso.

Como citado anteriormente, a adesão ao tratamento é uma questão multifatorial e envolve diversos aspectos como o receio de adoecer, o medo da morte, a rejeição de amigos e família, a discriminação e o estigma relacionados ao HIV (Costa; Meirelles, 2019).

Os pacientes, que vivenciam esse estigma, têm uma tendência maior a não aderirem ao tratamento proposto (Camacho et al., 2020; Rueda et al., 2016; Salvadori; Hahn, 2019; Seghatol-Eslami et al., 2017; Sweeney; Vanable, 2016). Esse preconceito com o diagnóstico foi citado por alguns participantes da pesquisa como limitador do cuidado com a sua saúde.

Além do preconceito por parte da população geral, como é visto por esses participantes, um estudo realizado com profissionais da saúde de serviços especializados em HIV mostrou que, apesar dos avanços na área de saúde, ainda existe preconceito entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado desses pacientes, sugerindo a necessidade de fortalecer ações que promovam a discussão entre a equipe com o objetivo de romper esses estereótipos (Suto et al., 2018).

A vivência do estigma relacionado ao HIV é preocupante e está associada a níveis mais elevados de depressão e menor suporte social. A depressão é

altamente prevalente entre as PVHIV e pode estar associada à falta de adesão ao tratamento (Rueda et al., 2016; Safren et al., 2016). No entanto, o seu diagnóstico pode demorar para ocorrer pelo fato de alguns de seus sintomas, como a anorexia, a perda de peso e a fadiga, serem os mesmos observados na evolução para a aids.

A depressão pode ocorrer em decorrência da descoberta do HIV. Além disso, o receio do sofrimento somado aos efeitos da estigmatização por parte da sociedade pode acentuar o quadro de depressão (Brasil, 2018a).

Alguns participantes da pesquisa citaram as questões de saúde mental dos pacientes como limitantes para a boa adesão ao tratamento. É fundamental que os profissionais de saúde mental incluam o aconselhamento sobre adesão aos ARV durante os atendimentos de indivíduos que têm depressão ou algum outro transtorno psíquico, de maneira a integrar os cuidados de saúde mental aos cuidados do HIV (Hoare et al., 2021; Safren et al., 2016). A depressão, assim como a ansiedade, pode ser preditora de hospitalização de PVHIV, pela baixa adesão ao tratamento, pelos efeitos na saúde física, pelo impacto em questões socioeconômicas e pela baixa procura aos serviços de saúde (Rein et al., 2020).

Assim sendo, a presença de profissionais da área de saúde mental é extremamente necessária em serviços que atendam a população vivendo com HIV. O baixo peso, que é a questão abordada nesta pesquisa, pode ser oriundo de transtornos psíquicos, muitas vezes associados ao diagnóstico do HIV, e o acompanhamento psicológico é fundamental para esses indivíduos.

A alimentação, muitas vezes negligenciada entre esses pacientes, é um fator de risco modificável para a depressão e para a ansiedade (Kris-Etherton et al., 2021), o que evidencia que, apesar de discutir-se uma questão de saúde mental, o papel do nutricionista também é fundamental para a melhora dos sintomas. Esse cenário exemplifica a importância da atuação interprofissional ao pensar na integralidade do cuidado, como será abordado mais adiante neste trabalho.

Um dos profissionais que responderam ao questionário acredita que alguns pacientes estão com baixo peso por conta de não saberem que existe, no serviço, a disponibilidade de acompanhamento nutricional. Isso pode levar à reflexão sobre a necessidade de um trabalho de educação em saúde com a população, para que

essa tenha conhecimento dos serviços que estão disponíveis e que complementam o seu cuidado em saúde. Aqui, pode-se pensar também na qualificação da equipe com o objetivo de melhorar a qualidade da informação transmitida ao paciente e tornar mais eficaz a comunicação entre eles.

Apesar de o acompanhamento nutricional ser extremamente importante nesses serviços especializados, antes disso, é fundamental que os pacientes tenham acesso a uma alimentação adequada. A insegurança alimentar e nutricional está associada ao baixo peso em PVHIV (Benzekri et al., 2021; Gebremichael et al., 2018; Nigusso; Mavhandu-Mudzusi, 2021). Além disso, ela pode ter um impacto negativo na supressão viral por também estar associada à baixa adesão à TARV (Aibibula et al., 2017; Benzekri et al., 2021; Franke et al., 2011; Musumari et al., 2013; Singer et al., 2015; Young et al., 2014).

Estudos brasileiros mostraram que, na população estudada, a insegurança alimentar era elevada entre PVHIV, representando quase o dobro do observado na população geral (Lima et al., 2021; Medeiros et al., 2017). Em paralelo a isso, a quantidade de pessoas afetadas pela fome, em todo o mundo, tem aumentado continuamente desde 2014 (FAO, 2020).

Observa-se uma relação forte entre a insegurança alimentar e o acesso à saúde. Sendo que muitos dos afetados por ela se encontram no dilema entre priorizar o seu tratamento ou se alimentar (Melo et al., 2019). Para diminuir o impacto da insegurança alimentar na qualidade de vida, no estado nutricional e na adesão ao tratamento em PVHIV, são necessárias políticas públicas que incluam estratégias de apoio social e geração de renda. Os programas de SAN devem ser integrados à atenção ao HIV, através de uma abordagem multissetorial, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade dessa população (Nigusso; Mavhandu-Mudzusi, 2021; Tiyou et al., 2012).

Como exemplo disso, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose estimula a adesão ao tratamento, em populações vulneráveis, com o fornecimento de cesta básica e gratuidade do transporte público, para que os pacientes tenham suas necessidades de alimentação e transporte minimamente garantidas (São Paulo, 2020c). Porém, esse auxílio é limitado ao período em que o paciente realiza

o seu tratamento, não tendo impacto em médio nem em longo prazo. O benefício permite que as questões relacionadas à fome não sejam um empecilho para a adesão medicamentosa, mas assim que o tratamento termina, o indivíduo volta à condição prévia de falta de acesso à uma alimentação adequada.

Um estudo realizado no Canadá, em que foram fornecidos alimentos para PVHIV em um serviço de saúde, mostrou que essa intervenção não reduziu a insegurança alimentar da população, tendo apenas uma redução da sensação de fome em curto prazo. Além disso, a adesão ao tratamento continuou abaixo do esperado (Koehn et al., 2020).

Sendo assim, em um serviço de saúde especializado em HIV, quando não houver a implementação local de programas de SAN, a equipe precisa estar preparada para diagnosticar os pacientes nessa situação e encaminhá-los da melhor maneira. Além da avaliação nutricional, é imprescindível o atendimento de serviço social para que sejam avaliados os caminhos para possibilitar alguma fonte de renda, apoio social e acesso à uma alimentação adequada de maneira permanente. Ademais, deve-se acolher todas as demandas e necessidades desse paciente para que seja possível recuperar seu estado nutricional e melhorar a sua qualidade de vida.

6.4 INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL QUE AJUDAM NA RECUPERAÇÃO DO PESO

A maioria dos voluntários desta pesquisa entende que uma das melhores maneiras de intervir na recuperação do paciente com baixo peso é atuando com a equipe multiprofissional. Um estudo brasileiro realizado em SAEs demonstrou a importância da capacitação da equipe multiprofissional para atender as diferentes particularidades do cuidado de PVHIV e reforçou a necessidade do incentivo à assistência multiprofissional para essa população (Angelim et al., 2019).

A troca de saberes entre os diferentes profissionais que compõem a equipe permite o planejamento de intervenções mais efetivas. O desenvolvimento do

pensamento crítico da equipe técnica é fundamental para o adequado suporte ao paciente e para a garantia da qualidade do atendimento. Sendo assim, o processo de trabalho na unidade de saúde precisa ser organizado de modo a facilitar a atuação interdisciplinar (Angelim et al., 2019; São Paulo, 2020b).

De acordo com Peduzzi (2001), existem duas idéias de equipe de saúde, a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos, sendo que nesta última ocorre uma articulação das ações e a interação entre os profissionais. Nessa perspectiva, cabe ressaltar que, ao pensar no cuidado integral que a PVHIV necessita, é preciso que a atuação dos profissionais responsáveis pelo cuidado desse indivíduo, transcenda as áreas específicas nas quais se formaram. Para que isso ocorra é necessária uma ótica não somente multiprofissional, é preciso pensar em uma abordagem interprofissional por parte da equipe (Peduzzi, 2001; Peduzzi, 2016).

Essa interprofissionalidade se estabelece quando diferentes profissionais atuam de forma integrada, uns com os outros, para uma intervenção efetiva. Diferente da atuação multiprofissional em que cada um realiza sua intervenção de maneira independente. Isso é essencial para o fortalecimento da equipe e para a desfragmentação do sistema de saúde (WHO, 2010).

Como citado anteriormente, os participantes desta pesquisa discutiram sobre a importância da equipe multiprofissional no atendimento à essa população. Sendo assim, o primeiro passo, nesse cenário, seria trabalhar com a equipe o conceito de interprofissionalidade e promover meios para que seja possível trabalhar no serviço de saúde sob essa perspectiva.

E complementando a ideia da interprofissionalidade no atendimento à PVHIV, os profissionais que participaram dessa pesquisa também referiram a integralidade no cuidado do paciente como necessária para a recuperação do seu estado nutricional.

A integralidade é um dos princípios do SUS (Brasil, 1990). E, para garantir um olhar integral ao paciente, é primordial, ao profissional, aprimorar a sua escuta em relação às suas necessidades, que vão além da queixa que o fez buscar o atendimento no serviço (Pinheiro, 2006).

Para que isso ocorra, as unidades de saúde especializadas no atendimento à PVHIV devem estar preparadas para acolher o paciente e compreendê-lo além de sua dimensão biológica, sem reduzi-lo à doença que lhe causa sofrimento. Esse indivíduo precisa ser inserido em seu contexto biopsicossocial e, a partir dessa perspectiva, a equipe deve atender as suas demandas e necessidades (Pinheiro, 2009; São Paulo, 2020b). Essa escuta atenta permite que o serviço adequa o seu atendimento à realidade do paciente e flexibilize, de acordo com as possibilidades, a sua rotina e os seus fluxos (Mattos, 2004).

Adicionalmente, segundo Mattos (2004), os conhecimentos específicos, que cada profissional tem sobre uma determinada doença, devem permitir que a equipe identifique as necessidades não demandadas explicitamente pelo paciente. Viabilizando, dessa maneira, intervenções prévias a possíveis complicações.

Partindo do princípio de que os profissionais de saúde participantes da pesquisa já têm esse olhar para a importância da integralidade, baseado em seus relatos, é preciso também que as condições sejam favoráveis para que isso aconteça. O acúmulo de tarefas, o número inadequado de profissionais, a grande demanda de atendimentos e o tempo reduzido disponível para as consultas podem prejudicar a qualidade do atendimento do paciente, mesmo quando os profissionais estão sensibilizados para uma abordagem integral. Isso sugere que a responsabilidade do cuidado integral vai além da equipe de saúde, sendo a gestão do serviço fundamental para viabilizar condições adequadas para o atendimento ocorrer de maneira satisfatória.

O trabalho interprofissional e estruturado com base na integralidade do cuidado, tem como um dos objetivos finais promover um tratamento adequado ao paciente. A importância da adesão ao tratamento foi discutida anteriormente neste trabalho, porém também foi apontada, pelos participantes da pesquisa, a necessidade de estimular essa adesão. Estudos, realizados em serviços de atendimento a PVHIV, sugerem que a adesão à TARV pode estar relacionada com o suporte recebido por essa população e com a boa comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, o que aumentaria a confiança do usuário e poderia refletir em uma maior aceitação dos cuidados prescritos (Miranda et al., 2022; Moraes et al., 2021; Primeira et al., 2020).

Sendo assim, o relato de determinados participantes dessa pesquisa sobre a importância de estimular a adesão ao tratamento é relevante e deve ser baseada na formação do vínculo entre o profissional e o paciente. Um ponto defendido por Moraes et al. (2021) é a necessidade da implementação de educação permanente para os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção especializada, visando aprimorar estratégias para fortalecer esse vínculo e melhorar a adesão ao tratamento.

Em alguns casos, essas intervenções precisam ir além do que acontece na prática clínica de rotina e devem levar em consideração a singularidade de cada paciente diante da complexidade que pode significar a adesão ao tratamento para aquele indivíduo (Costa; Meirelles, 2019).

Além disso, alguns dos profissionais discorreram sobre a importância das orientações alimentares e do encaminhamento para o nutricionista com o objetivo de recuperação do peso. Sabe-se que o estado nutricional pode afetar diretamente a saúde de PVHIV. Por esse motivo, as intervenções nutricionais e alimentares precisam ser individualizadas e devem ter como objetivos a recuperação do peso e da composição corporal, a manutenção dos parâmetros bioquímicos indicados, a redução de efeitos colaterais do tratamento, entre outros. O sucesso dessas intervenções tem demonstrado, como consequência, uma melhora na qualidade de vida, tanto física quanto emocional, desses indivíduos. Sendo assim, mesmo que o foco principal no tratamento de PVHIV seja a adesão ao tratamento medicamentoso, a melhora do estado nutricional tem se mostrado essencial durante o manejo da infecção pelo HIV (Mehta; Finkelstein, 2018; Willig et al., 2018).

Nesse contexto, orientações gerais sobre alimentação podem ser dadas por quaisquer profissionais da saúde, desde que amparados por referências adequadas (São Paulo, 2020d), o que traz amplos benefícios para o paciente. No entanto, essas orientações não substituem uma avaliação individualizada, pelo nutricionista, com planejamento de intervenções específicas. Para que isso ocorra de maneira eficaz, os profissionais devem ser treinados para um aconselhamento nutricional que englobe o cuidado integral e o estímulo à autonomia do indivíduo. Um estudo realizado na África Subsaariana mostrou que, quando o profissional não tem o conhecimento e a habilidade necessários para esse atendimento, a adesão não é

satisfatória (Tesfay et al., 2022). O entendimento dos participantes dessa pesquisa sobre a necessidade de se abordar questões alimentares e nutricionais e o encaminhamento para o nutricionista é fundamental, visto os benefícios já citados que são oriundos de intervenções nessa área.

Ainda nesse cenário, apesar de ter um papel importante no contexto do baixo peso em PVHIV, por conta das lesões orais específicas e do efeito negativo na saúde periodontal, que podem levar a hábitos alimentares inadequados e ao estado nutricional deficiente (Petersen; Ogawa, 2012), as intervenções odontológicas foram as menos citadas pelos participantes desta pesquisa. No entanto, todos os profissionais da equipe de saúde bucal reforçaram a importância dessas intervenções. Isso pode sinalizar que, apesar de os demais profissionais relatarem a importância do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado, ainda têm um olhar restrito para o seu campo de atuação.

6.5 DIFICULDADES NO ACOMPANHAMENTO/ATENDIMENTO

Um dos obstáculos, relatado pelos profissionais participantes deste trabalho, foi a dificuldade em identificar se o paciente estava com baixo peso. Sendo ainda sugerido que a informação sobre o estado nutricional deveria ser de visualização mais fácil em prontuário.

Isso traz uma preocupação, pois é fundamental que os profissionais da equipe estejam aptos a identificar ou a suspeitar do baixo peso ou da perda de peso do paciente para que seja possível uma intervenção interdisciplinar, mesmo quando não houver a presença do nutricionista. Ou então, que ela comece a ocorrer mesmo que esse paciente ainda não tenha passado por uma avaliação desse profissional.

Essa dificuldade pode ser resultado da formação uniprofissional e compartimentada, típica da maioria dos cursos de graduação da atualidade, na área da saúde. Ao se pensar que a maioria dos profissionais desta unidade de saúde já estão no serviço público há anos, e se graduaram numa época em que pouco se

falava sobre a abordagem interprofissional, essas questões acabam se mostrando mais enraizadas (Freitas et al., 2022).

Alguns estudos mostram que promover a aprendizagem interprofissional ainda na graduação tem potencial para estimular o desenvolvimento da habilidade de interação entre diferentes profissões e um olhar integral ao paciente no futuro (Eli; Toassi, 2018; Toassi et al., 2020). Como isso já não é mais possível nesse cenário estudado, é necessário discutir-se as possibilidades de intervenções que sensibilizem os profissionais nesse sentido. Além disso, ao perceber limitações como essa, citada por esses profissionais, deve-se pensar em ações que promovam atualização profissional sempre que necessário.

Outra barreira citada por alguns profissionais é a baixa disponibilidade de suplementos de micronutrientes para os pacientes. A infecção pelo HIV afeta a resposta imune do indivíduo, deixando-o mais vulnerável a infecções oportunistas. Como já abordado neste trabalho, muitas dessas pessoas, ainda hoje, apresentam baixo peso, sendo que muitas delas consomem dietas deficientes em micronutrientes essenciais. Nessas situações a suplementação alimentar pode auxiliar no fortalecimento do sistema imune e/ou na recuperação de possíveis infecções. Por outro lado, não há benefícios consistentes em ofertar, rotineiramente, suplementação com múltiplos micronutrientes para PVHIV quando não há evidências de sua necessidade (Visser et al., 2017).

Trabalhos realizados em países da África Subsaariana mostraram que suplementos de macronutrientes enriquecidos com micronutrientes essenciais teriam impacto na melhora do estado nutricional e da resposta imune em PVHIV. O baixo peso é multifatorial e pode ser resultado não somente da baixa ingestão de nutrientes, mas também de alterações na absorção e no gasto energético. Dessa maneira, deve-se avaliar a escolha dos suplementos, a duração do uso, entre outros, levando-se em consideração esses múltiplos fatores (Hong et al., 2018).

Ainda sobre a multifatorialidade do baixo peso, como já discutido nesse trabalho, ele pode ser resultado da insegurança alimentar em PVHIV. Essa condição tem relação forte com o acesso aos serviços de saúde, podendo impactar no comparecimento dos pacientes às consultas agendadas, uma vez que a procura por

meios de acesso à alimentação adequada pode ser priorizada por essa população em detrimento aos seus cuidados em saúde (Melo et al., 2019). Um dos participantes da pesquisa associou esse absenteísmo às consultas ao baixo peso em PVHIV, o que vai ao encontro do apresentado por esses autores, evidenciando a importância de discutir, localmente, intervenções para reduzir o absenteísmo e diminuir o impacto na saúde dessa população. O absenteísmo pode trazer prejuízos ao paciente e, para evitá-lo, é necessário monitorar essas situações, evitando, assim, implicações no tratamento desses indivíduos (Baptista et al., 2021).

6.6 MUDANÇAS NECESSÁRIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

De acordo com os participantes deste estudo, a mudança pontuada como mais necessária é o aumento de ações interprofissionais na unidade de saúde. Já foi discutida, nesse trabalho, a importância da interprofissionalidade no cuidado com o paciente, porém, apesar de entenderem a necessidade dessa intervenção, os participantes desta pesquisa acreditam que a prática interprofissional não está incorporada na rotina do serviço de saúde e precisa ser estimulada.

Nesse cenário, é fundamental a reflexão sobre meios de viabilizar que a atuação interdisciplinar aconteça. De acordo com a Linha de Cuidados em IST e aids, do município de São Paulo, para que isso seja possível, o serviço precisa ter estruturadas reuniões de equipe periódicas, com a participação de todos os profissionais, para discussões de casos e revisão dos fluxos e das rotinas de trabalho (São Paulo, 2020b).

De acordo com Cecim (2018), a interprofissionalidade interfere nos modos de trabalho, propiciando o fortalecimento dos sistemas de saúde, a redução do sofrimento no trabalho, a redução da rotatividade de profissionais e a facilidade de planejamento e avaliação das ações. O estímulo da prática interprofissional pode, também, desencadear laços afetivos que intensificam o pertencimento à equipe, favorecendo o intercâmbio de saberes e a cooperação solidária para a realização de atividades (Cecim, 2018).

Desse modo, ao encorajar a adoção de práticas interprofissionais, o gestor do serviço de saúde, além dos benefícios já discutidos anteriormente no cuidado com o paciente, também estará propiciando um ambiente de trabalho mais acolhedor e produtivo.

Apesar de ter sido citada apenas por um participante, a implementação de prática de atividade física em serviços especializados em HIV se mostra uma proposta relevante, uma vez que ela está associada a diversos benefícios na saúde física e mental de PVHIV (Araújo et al., 2021; Bonato et al., 2021; O'Brien et al., 2021; Willig et al., 2020). Além disso, o cuidado com a saúde física do paciente faz parte de um cuidado integral para o indivíduo que está sendo acompanhado no serviço de saúde. A manutenção de um estilo de vida ativo também está associada a uma menor prevalência de doenças cardiovasculares em PHIV. Dessa maneira, esforços deveriam ser realizados para disponibilizar e viabilizar programas de atividade física para todas as PVHIV (Ozemek et al., 2020).

Quando isso não for possível de se estabelecer no serviço de saúde, é fundamental que a equipe conheça espaços nos quais essas atividades são ofertadas e direcione os pacientes para que esses possam se beneficiar de um estilo de vida não sedentário.

Também foi citada a necessidade de adequação dos recursos humanos e serviços ofertados e, em relação a isso, os participantes desta pesquisa discorreram sobre a falta de profissionais, a necessidade de atualização profissional, a grande demanda de atendimentos e a falta de recursos adequados para a realização de algumas atividades.

A falta de investimento em recursos humanos na área da saúde é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil. Isso tem como consequências a baixa remuneração, as más condições de trabalho e o financiamento inadequado para educação e treinamento das equipes de saúde (Portela et al., 2017).

Um estudo realizado com profissionais que começaram a atuar na atenção ao HIV no início da sua epidemia, mostrou a importância de cursos e treinamentos para preparar os profissionais para a assistência à essa população. Principalmente quando estimulada a construção de espaços para a discussão e elaboração de

projetos assistenciais comuns (Silva et al., 2002). Em outro trabalho mais recente, também se sugeriu a adoção de estratégias de formação em serviço para que os profissionais de saúde pudessem compartilhar as limitações no atendimento e discutir o trabalho entre seus pares (Silva et al., 2019).

Isso nos mostra que, mesmo com o passar dos anos, a educação continuada permanece sendo uma ferramenta importante para o desenvolvimento desses profissionais. Além disso, é necessário que a gestão dos serviços de saúde promova espaços em que a equipe possa discutir e estruturar suas estratégias de intervenção.

A necessidade de aumento das visitas domiciliares foi citada pelos participantes desta pesquisa. Como esse serviço de saúde especializado não é territorializado e os recursos humanos não são suficientes, muitas vezes essa prática fica inviabilizada para ocorrer da maneira como deveria. Assim sendo, é importante que a equipe de saúde compartilhe o cuidado do paciente com o restante da RAS e seja articulada a melhor maneira de realizar as visitas domiciliares e os demais cuidados necessários, que vão além do tratamento para o HIV.

As RAS são compostas por uma extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos. Para que essa rede seja estruturada de forma efetiva, deve possuir investimento adequado, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso universal (São Paulo, 2018). Isso é importante ressaltar, pois, assim como citado por alguns participantes dessa pesquisa, algumas mudanças estão fora do alcance da gestão local ou da equipe de saúde. São necessárias políticas públicas e investimentos governamentais para garantir que essa população, principalmente a mais vulnerável, possa ter garantido o acesso integral aos recursos necessários para o seu cuidado.

Nos últimos anos o SUS vem enfrentando uma crise e sendo alvo de desfinanciamento, que podem repercutir diretamente na política de enfrentamento ao HIV. Além da incerteza que atinge todos os campos da saúde, os programas relacionados ao HIV podem ter uma ameaça maior pela sua conexão com temas como gênero, sexualidade e ativismo político (Agostini et al., 2019). Uma maneira

de intervir nesse cenário é através do fortalecimento da participação social, que pode ocorrer por meio do Conselho Gestor, que tem como atribuições planejar, avaliar e controlar a execução de políticas públicas e ações de saúde (São Paulo, 2002).

6.7 NOVAS TECNOLOGIAS/ AVANÇOS NO TRATAMENTO

A disponibilidade de novos ARV e o início precoce do tratamento foram citados, nesta pesquisa, como fundamentais para o avanço no tratamento do HIV e para a melhora do estado nutricional desses pacientes.

O início da TARV, imediatamente após o diagnóstico do HIV, pode trazer benefícios a curto e a longo prazo, tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde pública (Bai et al., 2020; Boyd et al., 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, esforços devem ser realizados para reduzir o tempo entre o diagnóstico do HIV e o início da TARV, sempre respeitando a autonomia do paciente (WHO, 2016). Ao levar em consideração o objeto dessa pesquisa, a recomendação de início imediato da TARV tem impacto na redução da morbimortalidade e da ocorrência de tuberculose, que pode ter efeito direto no estado nutricional do paciente com HIV (Brasil, 2018a).

Um estudo realizado na África do Sul demonstrou que, ao ter a oportunidade de iniciar o tratamento no mesmo dia do diagnóstico, o paciente supera muitas barreiras que enfrentaria com o início tardio dos medicamentos, melhorando o seu estado de saúde geral (Rosen et al., 2016). Além disso, o início precoce do tratamento pode preservar a resposta imune desses pacientes (Pino et al., 2018).

De acordo com o último Relatório de Monitoramento Clínico publicado, o tempo mediano para início da TARV, no Brasil, é de 24 dias após a primeira solicitação de exames específicos para o acompanhamento do HIV (carga viral do HIV e linfócitos T CD4+). Em 2009 essa mediana era de 608 dias, porém, na época, o tratamento só era iniciado após o paciente apresentar comprometimento no

sistema imune (Brasil, 2021b). No serviço de saúde em que essa pesquisa foi realizada, 75,6% dos pacientes iniciaram a TARV em até 30 dias após o diagnóstico, no primeiro semestre de 2021. A recomendação atual é de que o tratamento tenha início o mais próximo possível ao diagnóstico, preferencialmente no mesmo dia e, no máximo, em 30 dias após a matrícula no serviço (São Paulo, 2019).

Como referido anteriormente, existem benefícios associados ao início imediato da TARV, então é preciso que ocorram discussões locais periódicas para articular intervenções que garantam o acesso precoce ao tratamento para uma quantidade cada vez maior de pacientes. É importante também que a equipe de saúde seja sensibilizada quanto aos benefícios do início precoce do tratamento, para que assim possa ter uma ação mais efetiva na viabilização desse início imediato. Como o baixo peso pode ser consequência do comprometimento imunológico do indivíduo, ao evitar esse quadro, com o início precoce da TARV, pode-se ter um impacto nos casos de baixo peso nessa população.

Em relação ao tratamento para o HIV, nos últimos anos ocorreu o desenvolvimento de novas ferramentas para a prevenção e diagnóstico precoce e um investimento em novos medicamentos ARV (Ghosn et al., 2018).

No início da epidemia da aids, os profissionais médicos só conseguiam tratar as infecções oportunistas, o que limitava o sucesso das intervenções com os pacientes. Após a descoberta dos ARV, o HIV se transformou, de uma infecção letal, em uma infecção crônica controlável, o que foi essencial para melhorar a qualidade e aumentar a expectativa de vida dessa população (Barré-Sinoussi et al., 2013). O que vai ao encontro do que foi relatado por alguns participantes desta pesquisa, que acreditam que essas descobertas, ao longo dos anos, podem ter impactado no estado nutricional dos pacientes acompanhados nos serviços especializados, principalmente pela melhora da adesão e consequente recuperação do estado de saúde.

Atualmente existe uma variedade de opções terapêuticas para responder ao HIV e um entendimento maior do contexto social em que ele está inserido. Ao longo dos últimos anos, as decisões sobre o manejo da infecção foram simplificadas por

conta de evidências científicas robustas e inovações diagnósticas e de tratamento (Ford et al., 2018). Os estudos mais recentes buscam um refinamento das terapias atuais, com a descoberta de medicamentos seguros e eficazes para o tratamento de múltiplos vírus resistentes (Neelima et al., 2021). Há uma probabilidade baixa de cura ou do desenvolvimento de uma vacina globalmente eficaz em curto prazo, porém é preciso destinar recursos para garantir uma melhor qualidade de vida em PVHIV, em especial as idosas, uma vez que a expectativa de vida dessa população tem aumentado gradualmente (BAI et al., 2020; GHOSN et al., 2018).

Segundo o estudo FIBRA, que estimou a prevalência de idosos brasileiros com baixo peso e seus fatores associados, o baixo peso mostrou-se superior nos idosos com menor renda, sem cônjuge e que relataram uma redução do apetite (Assumpção et al., 2018).

Ao associar essas condições, inerentes ao avanço da idade, com as questões relacionadas ao HIV discutidas nesse trabalho, fica evidente a importância de planejar intervenções que abordem o comportamento alimentar, o estado nutricional e a condição socioeconômica dessa população que está envelhecendo e, algumas vezes, também com morbidades crônicas não relacionadas à infecção pelo HIV. Também pode-se pensar na capacitação dos profissionais responsáveis pelo cuidado desses pacientes em relação ao manejo do cuidado específico dessa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados dessa pesquisa e de outros trabalhos que foram revisados, foi notada uma redução do baixo peso, entre as PVHIV, ao longo dos anos, desde o início da epidemia da aids. No entanto, ainda existem, nos serviços de atendimento especializados, pacientes com redução de peso não intencional e esses casos devem ser acompanhados, de maneira individualizada, pela equipe de saúde. A presença do nutricionista, compondo a equipe, é primordial para o manejo desses casos, que precisam ser estudados de maneira interdisciplinar e para os quais devem ser planejadas intervenções nutricionais e de outras demandas específicas que forem necessárias para o desfecho adequado do caso.

Apesar de essa pesquisa tratar especificamente de questões relacionadas ao baixo peso, o aumento da expectativa de vida das PVHIV trouxe a necessidade de se atentar ao surgimento de DCNTs. É recomendado que a equipe rastreie e monitore possíveis comorbidades e compartilhe o cuidado em saúde, desse paciente, com os demais serviços da RAS, de acordo com as suas necessidades.

Foi discutida a influência de alguns DSS no estado nutricional dessa população. As questões socioeconômicas foram bastante associadas ao baixo peso em PVHIV e isso reforça a importância de uma abordagem social com todos os indivíduos diagnosticados com HIV. O conhecimento da realidade social e das demandas de cada paciente são extremamente importantes para auxiliar na boa adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na recuperação do seu estado nutricional. A presença do assistente social, como parte da equipe, em serviços especializados é fundamental para que essa abordagem ocorra de uma maneira eficaz.

A fome tem aumentado na população brasileira e o cenário não é diferente entre as PVHIV. A insegurança alimentar está presente nessa população e ela tem impacto na má adesão ao tratamento. Com o intuito de reverter esse quadro, são necessárias estratégias que priorizem o apoio social e a geração de renda desses

indivíduos e suas famílias. A perspectiva ideal seria a implementação de programas de SAN associados aos serviços especializados em HIV. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para o diagnóstico e direcionamento dessas pessoas. Nessas situações, a abordagem interprofissional é fundamental para possibilitar meios para que esse paciente e sua família tenham acesso a uma alimentação adequada e melhorem o seu estado nutricional e sua qualidade de vida.

Ainda considerando os DSS, a vivência do estigma relacionado ao HIV também pode ter como consequência uma má adesão ao tratamento. O baixo peso, tema dessa pesquisa, também pode ocorrer em decorrência de transtornos de saúde mental associados ao diagnóstico do HIV. Dessa maneira, a presença de psicólogos em serviços que atendem PVHIV é fundamental para o acolhimento e planejamento de intervenções relacionadas à saúde mental.

Em relação à adesão ao tratamento, ela é primordial para garantir a qualidade de vida da PVHIV, prevenir infecções oportunistas, recuperar o estado nutricional e interromper a cadeia de transmissão do vírus. Para que isso ocorra, o paciente deve ser sensibilizado sobre a importância do tratamento adequado e a autonomia do cuidado com a sua saúde deve ser estimulada. Nos casos de falta de adesão, a equipe precisa discutir se a abordagem utilizada está sendo individualizada e se há a necessidade de novas estratégias. O vínculo entre os profissionais da equipe e o paciente é fundamental para aumentar a confiança e melhorar a adesão ao tratamento.

O absenteísmo às consultas pode ter impacto no uso adequado dos medicamentos e, conseqüentemente, pode prejudicar a recuperação do peso. Nesses casos, a equipe deve discutir os motivos dessas ausências no serviço de saúde e planejar meios para promover um vínculo maior desse paciente na unidade de saúde.

Através da interprofissionalidade e da integralidade do cuidado, é possível planejar estratégias eficazes tanto para uma melhor adesão ao tratamento quanto para a recuperação do estado nutricional em PVHIV, levando em consideração a multicausalidade de ambas. O serviço de saúde precisa propiciar espaço adequado

e tempo suficiente para a troca de saberes entre os profissionais e estimular o desenvolvimento do olhar crítico da equipe.

Nos últimos anos, o início precoce do tratamento e a disponibilidade de novos ARV podem ter impactado na melhora do estado nutricional, uma vez que a supressão viral reduz a ocorrência de complicações relacionadas ao HIV. Isso possivelmente representou uma redução da morbimortalidade nessa população, aumentando a sua expectativa de vida. Dessa forma, é importante que o serviço de saúde esteja preparado para atender este grupo populacional que está envelhecendo. Uma possível maneira de enfrentar essa questão, é através da capacitação da equipe de saúde para o manejo adequado do HIV nessa população, além de outras demandas específicas da idade. Para isso, além de uma equipe interprofissional, é necessário que os serviços da RAS estejam funcionando de maneira integrada para ofertar o devido suporte nesses casos.

Para que todas essas questões, citadas anteriormente, sejam viabilizadas, é imprescindível o investimento em recursos humanos, desde a contratação de profissionais em quantidades adequadas até o investimento em educação continuada. Sem que isso ocorra, as intervenções acabam sendo pontuais e, dificilmente, serão absorvidas, na sua totalidade, como fluxo do serviço de saúde.

Como desfecho dessa pesquisa, foi proposto um produto educacional (APÊNDICE A) que será utilizado como instrumento para uma futura intervenção com a população estudada.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de a amostra populacional, utilizada neste estudo, ser representativa do universo em que a pesquisa foi realizada, ela retrata apenas a realidade de um único serviço especializado no atendimento de PVHIV. Seria importante que pesquisas com esse tema fossem realizadas de maneira mais abrangente e englobando unidades de saúde de diversas regiões.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que trabalha neste mesmo serviço de saúde. Dessa maneira, mesmo sendo explicitadas todas as questões éticas, incluindo a garantia ao sigilo, alguns participantes podem ter deixado de expressar determinadas opiniões.

Sobre o instrumento de pesquisa, o questionário aberto e autoaplicável foi selecionado em decorrência das restrições impostas pela pandemia de COVID-19 na época da coleta de dados. Porém, ele limita as informações coletadas somente ao que está descrito no instrumento. Diferente de uma entrevista semi-estruturada realizada pelo pesquisador, na qual algumas questões poderiam ser mais exploradas.

8 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os profissionais de saúde desse serviço, perceberam uma mudança no perfil dos pacientes acompanhados neste SAE, com uma redução dos casos de baixo peso. Suas intervenções com essa população reduziram, como consequência dos avanços tecnológicos em prevenção e tratamento. No entanto, ainda enfrentam algumas limitações, como a baixa disponibilidade de suplementação de micronutrientes e os recursos humanos insuficientes.

Com base nas informações coletadas, com o uso do questionário, e de revisão de literatura, foi possível perceber as diversas facetas do baixo peso em PVHIV. Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade da integralidade do cuidado, levando em consideração, além das condições clínicas, os diversos DSS que podem afetar o indivíduo que está sendo cuidado.

Ainda, para que isso possa ocorrer de forma eficaz, o serviço deve ser organizado de maneira a possibilitar ações interdisciplinares. Além do incentivo às trocas de saberes entre os profissionais, é preciso que exista um plano de educação continuada para que os profissionais do serviço de saúde especializado tenham ferramentas para melhor planejar e executar essas ações.

REFERÊNCIAS

Aberman NL, Rawat R, Drimie S, Claros JM, Kadiyala S. Food Security and Nutrition Interventions in Response to the Aids Epidemic: Assessing Global Action and Evidence. *AIDS and Behavior*. 2014; 18(5):554-565.

Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciência Saúde Coletiva*. 2019; 24(12):4599-604.

Aibibula W, Cox J, Hamelin AM, McLinden T, Klein MB, Brassard P. Association Between Food Insecurity and HIV Viral Suppression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Behav*. 2017 Mar;21(3):754-65.

Alao R, Nur H, Fivian E, Shankar B, Kadiyala S, Harris-Fry H. Economic inequality in malnutrition: a global systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021;6(12):e006906.

Alencar TM, Dantas N, Nemes MIB, Veloso MA. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008; 13(6):1841-9.

Alves TAL. A (nova) política migratória brasileira: avanços e desafios no contexto da crise humanitária venezuelana. *Rev Conjuntura Global*. 2020; 9(1):112-9.

Anema A, Fielden SJ, Castleman T, Grede N, Heap A, Bloem M. Food Security in the Context of HIV: Towards Harmonized Definitions and Indicators. *AIDS and Behavior*. 2014; 18: 476-89.

Angelim RCM, Brandão BMGM, Marques SC, Oliveira DC, Abrão FMS. Representations and care practices of health professionals for people with HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03478.

Araujo JS, de Medeiros RCDSC, da Silva TAL, de Medeiros DC, de Medeiros JA, Dos Santos IK, Wilde P, Cabral BGAT, Medeiros RMV, Dantas PMS. Effect of Training and Detraining in the Components of Physical Fitness in People Living With HIV/AIDS. *Front Physiol.* 2021;12:586753.

Assumpção D, Borim F, Silva A, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciência Saúde Coletiva.* 2018; 23(4):1143-50.

Atkinson BE, Krishnan S, Cox G, Hulgán T, Collier AC. Anthropometric differences between HIV-infected individuals prior to antiretroviral treatment and the general population from 1998-2007: the AIDS Clinical Trials Group Longitudinal Linked Randomized Trials (ALLRT) cohort and NHANES. *PLoS One.* 2013; 8(6):e65306.

Bai RJ, Dai LL, Wu H. Advances and challenges in antiretroviral therapy for acquired immunodeficiency syndrome. *Chin Med J.* 2020;133:2775-7.

Bailin SS, Gabriel CL, Wanjalla CN, Koethe JR. Obesity and weight gain in persons with HIV. *Curr HIV / AIDS Rep.* 2020; 17 (2): 138-50.

Banks AR, Bell BA, Ngendahimana D, Embaye M, Freedman DA, Chisolm DJ. Identification of factors related to food insecurity and the implications for social determinants of health screenings. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1410.

Baptista SCPD, Juliani CMCM, Silva e Lima SG, Martin LB, da Silva KAB, Cirne MR. Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. *Rev Esc Enfermagem da USP.* 2021; 55: e20200380.

Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2010.

Barré-Sinoussi F, Ross A, Delfraissy JF. Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nat Rev Microbiol.* 2013; 11:877-83.

Barros SG, Vieira-da-Silva LM. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde Debate*. 2017;41 (3):114-12.

Barros SG. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Edufba; 2018.

Batista FKV, Batista SV, Pereira ARO, Silva LC, Rodrigues PS, Freire LRL, Peixoto IMS, Ribeiro AALF, Xavier DB. Perfil nutricional de portadores de HIV/AIDS residentes no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(2): e6190.

Benzekri NA, Sambou JF, Ndong S, et al. The impact of food insecurity on HIV outcomes in Senegal, West Africa: a prospective longitudinal study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):451.

Bonato M, Galli L, Bossolasco S, et al. Benefits of a 12 week physical activity programme on muscle and bone health in people living with HIV. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2021;12(6):1613-16.

Boyd MA, Boffito M, Castagna A, Estrada V. Rapid initiation of antiretroviral therapy at HIV diagnosis: definition, process, knowledge gaps. *HIV Med*. 2019; 20(1):3-11.

Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> Acesso em: 11 abr. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. História da Aids. Brasília, 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>> Acesso em: 11 abr. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 236, de 02 de maio de 1985. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Portaria conjunta nº 01, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento.

Brasil. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional (Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979) a sífilis congênita e a aids.

Burch LS, Smith CJ, Anderson J, Sherr L, Rodger AJ, O'Connell R, Geretti AM, Gilson R, Fisher M, Elford J, Jones M, Collins S, Azad Y, Phillips AN, Speakman A, Johnson MA, Lampe FC. Socioeconomic status and treatment outcomes for individuals with HIV on antiretroviral treatment in the UK: cross-sectional and longitudinal analyses. *Lancet Public Health*. 2016; 1(1):e26-e36.

Camacho G, Kalichman S, Katner H. Anticipated HIV-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns. *AIDS Behav*. 2020; 24(1):185-191.

Canella DS, Duran AC, Claro RM. Malnutrition in all its forms and social inequalities in Brazil. *Public Health Nutr*. 2020 Aug;23(S1):s29-s38.

Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2018; 22(2):1739-49.

Claros JM, Pee S, Bloem MW. Adherence to HIV and TB Care and Treatment, the Role of Food Security and Nutrition. *AIDS and Behavior*. 2014; 18:S459–S464.

(CONSEA) Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília; 2004.

Coppini LZC, Jesus RP. Projeto Diretrizes - Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011.

Coscarelli CV. Reflexões sobre as inferências. Anais do VI CBLA - Congresso Brasileiro de Linguística Aplicada, Faculdade de Letras da UFMG; 2002.

Costa VT, Meirelles BHS. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/AIDS sob a ótica do pensamento complexo. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2019; 28.

Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 3 ed. Barueri: Manole; 2014.

De Carvalho B, Policarpo S, Moreira AC. Nutritional status and quality of life in HIV-infected patients. *Nutr Hosp* 2017;34:923-33.

De Luis DA, Bachiller P, Izaola O, Eiros Bouza JM, Aller R. Estado nutricional de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 619-23.

Domenech E, Dias G. Regimes de fronteira e “ilegalidade” migrante na América Latina e no Caribe. *Sociologias*. 2020; 55: 40-73.

Eaton JW, Menzies NA, Stover J, Cambiano V, Chindelevitch L, Cori A, Hontelez JA, et al. Health benefits, costs, and cost-effectiveness of earlier eligibility for adult antiretroviral therapy and expanded treatment coverage: a combined analysis of 12 mathematical models. *Lancet Global Health*. 2014; 2: 23-34.

Ely LI, Toassi FC. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(2):1563-75.

Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med*. 2017; 7(3):93-9.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. FAO, 2020.

Ford N, Ball A, Baggaley R, Vitoria M, Low-Beer D, Penazzato M, Vojnov L, Bertagnolio S, Habiyambere V, Doherty M, Hirschall G. The WHO public health approach to HIV treatment and care: looking back and looking ahead. *Lancet Infect Dis*. 2018; 18(3): e76-e86.

Franke MF, Murray MB, Muñoz M, Hernández-Díaz S, Sebastián JL, Atwood S, Caldas A, Bayona J, Shin SS. Food Insufficiency is a Risk Factor for Suboptimal Antiretroviral Therapy Adherence among HIV-Infected Adults in Urban Peru. *AIDS and Behavior*. 2011; 15:1483–9.

Freitas JP, Sousa LRM, Cruz MCMA, Caldeira NMVP, Gir E. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. *Acta Paulista Enfermagem*. 2018; 31(3): 327-33.

Freitas CC, Mussatto F, Vieira JS, Bugança JB, Steffens VA, Filho HB, Magajewski FRL. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2022; 26: e210573.

Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. *ABIA*; 2002.

Gebremichael DY, Hadush KT, Kebede EM, Zegeye RT. Food Insecurity, Nutritional Status, and Factors Associated with Malnutrition among People Living with HIV/AIDS Attending Antiretroviral Therapy at Public Health Facilities in West Shewa Zone, Central Ethiopia. *Biomed Res Int*. 2018; 2018:1913534.

Ghosn J, Taiwo B, Seedat S, Autran B, Katlama C. HIV. *Lancet*. 2018; 10148 (392): 685-97.

Hoare J, Sevenoaks T, Mtukushe B, Williams T, Heany S, Phillips N. Global Systematic Review of Common Mental Health Disorders in Adults Living with HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021; 18(6):569-80.

Hong H, Budhathoki C, Farley JE. Effectiveness of macronutrient supplementation on nutritional status and HIV/AIDS progression: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2018;27:66-74.7

Kleinheksel AJ, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR. Demystifying Content Analysis. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84(1): 127-37.

Koehn K, McLinden T, Collins AB, McDougall P, Baltzer-Turje R, Miewald C, Wang L, Li J, Salters KA, Hogg RS, Parashar S. Assessing the impact of food insecurity on HIV medication adherence in the context of an integrated care programme for people living with HIV in Vancouver, Canada. *Public Health Nutrition*. 2020; 23(4): 683-90.

Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, Rodriguez N, Woodward-Lopez G. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev*. 2021;79(3):247-60.

Lago JE. The Fat of the Matter: Obesity and Visceral Adiposity in Treated HIV Infection. *Curr HIV / AIDS Rep* . 2017; 14 (6): 211-19.

Lima RLFC, Silva MF, Gomes NIG, Silva JNC, Viana MACBM, Vianna RPT. Diferenças na qualidade de vida e insegurança alimentar entre homens e mulheres vivendo com HIV/Aids no estado da Paraíba, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2021; 26(2):3917-25.

Maggiolo F, Bandera A, Bonora S, Borderi M, Calcagno A, Cattelan A, et al. Enhancing care for people living with HIV: current and future monitoring approaches, *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2021; 19(4):443-56.

Mangili A, Murman DH, Zampini AM, Wanke CA. Nutrition and HIV infection: review of weight loss and wasting in the era of highly active antiretroviral therapy from the nutrition for healthy living cohort. *Clin Infect Dis*. 2006; 42(6):836-42.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1411-16.

McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and Food Insecurity: A Syndemic Amid the COVID-19 Pandemic. *AIDS Behav*. 2020;24(10):2766-9.

Medeiros ARC, Lima RLFC; Medeiros LB; Trajano FMP; Salerno AAP, Moraes RM, Vianna RPT. Insegurança alimentar moderada e grave em famílias integradas por pessoas vivendo com HIV/Aids: validação da escala e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(10):3353-64.

Mehta S, Finkelstein JL. *Nutrition and HIV: Epidemiological Evidence to Public Health*. New York (NY): CRC Press; 2018.

Melo A, Matias MA, Dias SS, Gregório MJ, Rodrigues AM, de Sousa RD, Canhão H, Perelman J. Is food insecurity related to health-care use, access and absenteeism?. *Public Health Nutr*. 2019;22(17):3211-19.

Melo E, Antonini M, Costa C, Pontes P, Cardoso L, Gir E, Reis R.. Sintomas físicos e psicológicos do estresse em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2019; 22: 19-26.

Miranda MMF, Oliveira DR, Quirino GDS, Oliveira CJ, Pereira MLD, Cavalcante EGR. Adherence to antiretroviral therapy by adults living with HIV/aids: a cross-sectional study. *Rev Bras Enfermagem*. 2022; 75(2).

Monteiro AL, Villela WV. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. *Psicologia Política*. 2009; 17 (9): 25-45.

Moraes DCA, Cabral JR, Oliveira RC, Souza VA. Quality of care and adherence to antiretroviral drugs in specialized HIV services in Pernambuco/Brazil, 2017-2018. *Saúde em Debate*. 2021; 45 (131): 1088-100.

Mota TS, Donalisio MR, Silveira LVA. Risco espacial de óbito de pacientes com aids em Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiologia*. 2018; 21: e180017.

Musumari PM, Feldman MD, Techasrivichien T, Wouters E, Ono-Kihara M, Kihara M. "If I have nothing to eat, I get angry and push the pills bottle away from me": A qualitative study of patient determinants of adherence to antiretroviral therapy in the Democratic Republic of Congo. *AIDS Care*. 2013;25(10):1271-7.

Neelima S, Asif H, Mohammad R, Nimer AF, Shahid K, Nasir SA. Recent Advances Towards Treatment of HIV: Synthesis and SAR Studies, Mini-Reviews in Medicinal Chemistry. 2021; 21(4): 471-99.

Nigusso FT, Mavhandu-Mudzusi AH. High magnitude of food insecurity and malnutrition among people living with HIV/AIDS in Ethiopia: A call for integration of food and nutrition security with HIV treatment and care Programme. *Nutrition Health*. 2021;27(2):141-50.

O'Brien KK, Davis AM, Chan Carusone S, Avery L, Tang A, Solomon P, Aubry R, Zobeiry M, Ilic I, Pandovski Z, Bayoumi AM. Examining the impact of a community-based exercise intervention on cardiorespiratory fitness, cardiovascular health, strength, flexibility and physical activity among adults living with HIV: A three-phased intervention study. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257639.

Ozemek C, Erlandson KM, Jankowski CM. Physical activity and exercise to improve cardiovascular health for adults living with HIV. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020 Mar-Apr;63(2):178-83.

Palella FJ, Baker RK, Moorman AC, Chmiel, JS, Wood KC, Brooks, JT, Holmberg SD. Mortality in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era. *JAIDS J Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006; 43 (1): 27-34.

Pedrosa SC, Fiuza MLT, Cunha GH da, Reis RK, Gir E, Galvão MTG, Carvalho AF. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(4):e2030015.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35 (1): 103-9.

Peduzzi, M. O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016; 20 (56): 199-201.

Perera LAM, Chopra A, Shaw AL. Approach to Patients with Unintentional Weight Loss. *Medical Clinics of North America*. 2021; 105(1): 175-86.

Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology*. 2012; 60 (1): 15-39.

Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2009.

Pinheiro R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

Pino M, Paiardini M, Marconi VC. Progress in achieving long-term HIV remission. *Curr Opin HIV AIDS*. 2018;13(5):435-45.

Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Poz MRD. Human resources for health: global crisis and international cooperation. *Cien Saude Colet*. 2017 Jul;22(7):2237-46.

Primeira MR, Santos WM, Paula CC, Padoin SMM. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paulista Enfermagem*. 2020; 33: eAPE20190141.

REDE PENSSAN. Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil: VIGISAN, Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil; 2021.

Rein SM, Smith CJ, Chaloner C, et al. Rein SM, Smith CJ, Chaloner C, Stafford A, Rodger AJ, Johnson MA, et al. Prospective association of social circumstance, socioeconomic, lifestyle and mental health factors with subsequent hospitalisation over 6-7 year follow up in people living with HIV. *EClinicalMedicine*. 2020;31:100665.

Rodrigues WCV, Soler O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(6):553–9.

Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G, et al. Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient's First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. 2016;13(6):e1002015.

Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globberman J, Chambers L, Wilson M, Logie CH, Shi Q, Morassaei S, Rourke SB. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016; 6:e011453.

Safren SA, Bedoya CA, O'Cleirigh C, Biello KB, Pinkston MM, Stein MD, Traeger L, Kojic E, Robbins GK, Lerner JA, Herman DS, Mimiaga MJ, Mayer KH. Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2016; 3(11):e529-e538.

Salvadori M e Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. Rev Bioética. 2019; 27(1):153-63.

Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.]. Revista Eletrônica de Educação. 2012; 6(1):383-7.

São Paulo (Município). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de IST/Aids de São Paulo. Linha de Cuidados de IST/Aids. São Paulo, 2020b.

São Paulo (Município). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de IST/Aids de São Paulo. XV Inventário de Pesquisas em IST/Aids. São Paulo, 2021b.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de IST/Aids. Boletim Epidemiológico de IST/Aids - Cidade de São Paulo. São Paulo, 2021a.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de IST/Aids. Relatório de Gestão 2017 - 2020. São Paulo, 2020a.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de IST/Aids da Cidade de São Paulo. GUIA ALIMENTAR para pessoas vivendo com HIV/AIDS - Grupo de Estudos de Nutrição em AIDS-GENA. São Paulo, 2020d.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Redes de Atenção à Saúde - Diretrizes. São Paulo, 2018.

São Paulo (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Plano municipal pela eliminação da tuberculose: 2018 a 2021. São Paulo, 2020c.

São Paulo. Lei municipal nº 13.325 de 08 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 676 de 30 de setembro de 2019. Estabelece a Linha de Cuidados de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/ Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Seghatol-Eslami VC, Dark HE, Raper JL, Mugavero MJ, Turan JM, Turan B. Brief Report: Interpersonal and Intrapersonal Factors as Parallel Independent Mediators in the Association Between Internalized HIV Stigma and ART Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;74(1):e18-22.

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (4): 108-16.

Silva YT, Silva LB, Ferreira SMS. Counseling practices in Sexually Transmitted Infections/AIDS: the female health professionals' perspective. *Rev Bras Enfermagem.* 2019; 72 (5):1137-44.

Silveira EA, Falco MO. Diagnóstico nutricional de pessoas que vivem com HIV/AIDS: revisão de protocolos nacionais e internacionais. *Ciência Saúde Coletiva.* 2020; 25(12):5003-16.

Singer AW, Weiser SD, McCoy SI. Does Food Insecurity Undermine Adherence to Antiretroviral Therapy? A Systematic Review. *AIDS and Behavior.* 2015; 19:1510-26.

Souza CR. Alteração no índice de massa corpórea: um estudo de coorte em indivíduos em uso de dolutegravir atendidos em um serviço especializado de Belo Horizonte. [dissertação] Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia; 2020.

Souza HC, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas RAE, Abdelmur SBM, Mota APVDS. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Rev Bras Enfermagem*. 2019; 72 (5): 1295-303.

Suto CSS, Oliveira JF, Paiva MS. Social Representations of health care professionals on Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Rev Bras Enfermagem*. 2018; 71(4):1934-9.

Sweeney SM, Vanable PA. The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS Behav*. 2016; 20(1):29-50.

Symmank C, Mai R, Hoffmann S, Stok FM, Renner B, Lien N, et al. Predictors of food decision making: A systematic interdisciplinary mapping (SIM) review. *Appetite*. 2017; 110:25-35.

Tekelehaimanot AN, Lemma TB, Gudina EK, Getnet M, Amdisa D, Dadi LS. Predictors of Under Nutrition and Its Implication toward HIV Continuum Care among Adult People Living with HIV in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia: A Mixed Method Study. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2020;19:2325958220976254.

Tesfay FH, Javanparast S, Gesesew H, Mwanri L, Ziersch A. Characteristics and impacts of Systematic review nutritional programmes to address undernutrition of adults living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review of evidence. *BMJ Open*. 2022;12(1):e047205.

Thompson MA, Horberg MA, Agwu AL, Colasanti, Jain MK, Short WR, Singh T, Aberg JA. Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2021; 73(11):e3572–e3605.

Thuppal SV, Jun S, Cowan A, Bailey RL. The Nutritional Status of HIV-Infected US Adults. *Current Developments Nutrition*. 2017; 1(10):e001636.

Tiyou A, Belachew T, Alemseged F, Biadgilign S. Food insecurity and associated factors among HIV-infected individuals receiving highly active antiretroviral therapy in Jimma zone Southwest Ethiopia. *Nutr J*. 2012;11:51.

Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho Educação Saúde*. 2020; 18(2): e0026798.

Touloumi G, Hatzakis A. Natural history of HIV-1 infection. *Clinics Dermatology*. 2000; 18:389-99.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Seizing the moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. *Global Aids Update*. Geneva: UNAIDS; 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Undetectable = Untransmittable - Public health and HIV viral load suppression. Geneva: UNAIDS; 2018.

UNAIDS. Nota explicativa: Indetectável = Intransmissível - Saúde pública e supressão da carga viral do HIV. Geneva: UNAIDS; 2018.

Vergis EN, Mellors JW. Natural history of HIV-1 infection. *Infectious Disease Clinics North America*. 2000; 14(4): 809-25.

Verhaegen AA, Van Gaal LF. Drugs Affecting Body Weight, Body Fat Distribution, and Metabolic Function-Mechanisms and Possible Therapeutic or Preventive Measures: an Update. *Curr Obes Rep.* 2021; 10(1):1-13.

Visser ME, Duraõ S, Sinclair D, Irlam JH, Siegfried N. Micronutrient supplementation in adults with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5(5):CD003650.

Waterfield KC, Shah GH, Etheredge GD, Ikhile O. Consequences of COVID-19 crisis for persons with HIV: the impact of social determinants of health. *BMC Public Health.* 2021;21(1):299.

WHO Technical Consultation on Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation. Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.

WHO. World Health Organization Framework for action on interprofessional education and collaborative practice . Geneva: WHO; 2010.

WHO. World Health Organization Technical Consultation on Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation. Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.–Geneva: WHO; 2016.

WHO. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. World Health Organization; 2020.

WHO. World Health Organization. Social determinants of health. World Health Organization; 2017.

Willig A, Wright L, Galvin TA. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition Intervention and Human Immunodeficiency Virus Infection. *J Acad Nutr Diet*. 2018; 118(3):486-98.

Willig AL, Webel AR, Westfall AO, Levitan EB, Crane HM, Buford TW, et al. Physical activity trends and metabolic health outcomes in people living with HIV in the US, 2008-2015. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020; 63(2):170-7.

Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS Behav*. 2014; 18:S505–S515.



GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO

Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV

Autor: Natália Teixeira Honorato Soares
Orientador: Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzili
Programa de Mestrado Profissional Interinstituições -
Formação Interdisciplinar em Saúde (FO/FSPI/EE/IP-USP)



APRESENTAÇÃO

O Guia foi elaborado com a intenção de possibilitar que a equipe de saúde, responsável pelo cuidado de pessoas vivendo com HIV, possa ter subsídios no manejo de indivíduos que estejam com baixo peso ou que apresentem uma perda de peso não intencional.

Com o auxílio desse material, será possível planejar intervenções interdisciplinares que levem em consideração a integralidade do cuidado e a singularidade de cada indivíduo. Ele poderá nortear as ações da equipe a partir das sugestões de condutas apresentadas.

A perda de peso não intencional tende a ter um caráter multifatorial. Em pessoas vivendo com HIV, ela pode ocorrer por conta de infecções oportunistas, questões socioeconômicas, transtornos de saúde mental, insegurança alimentar, entre outros (ABERMAN et al., 2014; ANEMA et al., 2014; PEDROSA et al., 2016; SILVEIRA e FALCO, 2020).

Dessa maneira, para uma intervenção eficaz, é preciso pensar além do encaminhamento para o profissional nutricionista. Todos os profissionais que compõem a equipe de saúde devem interagir no encaminhamento destes casos. As ações podem ocorrer desde a observação do emagrecimento de um paciente até a articulação de estratégias de apoio a esse indivíduo.

Esse material pode ser utilizado por qualquer membro da equipe que esteja envolvido no cuidado de pessoas vivendo com HIV e que queira planejar uma intervenção voltada à recuperação do estado nutricional do paciente.

O QUE FAZER QUANDO PERCEBER A PERDA DE PESO EM ALGUM PACIENTE?

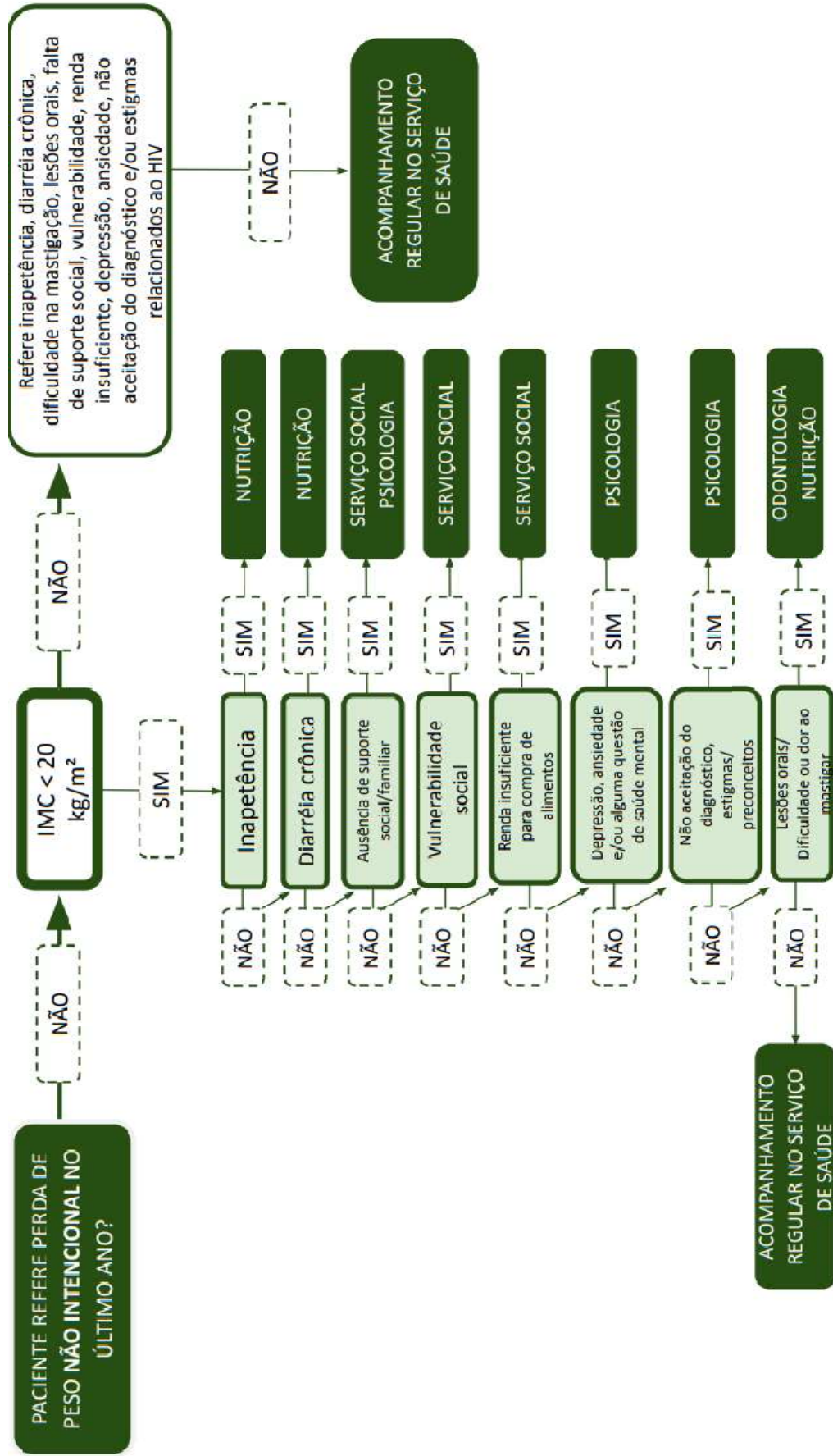
O primeiro passo na intervenção com pessoas que estejam com perda de peso não intencional, é a suspeita dessa condição. Nesse sentido todos os trabalhadores do serviço de saúde são fundamentais, desde que devidamente sensibilizados para isso.

Ao suspeitar da perda de peso de qualquer paciente, deve-se encaminhá-lo para atendimento de algum profissional da equipe de saúde.

Que situações devem chamar a minha atenção?

- Perceber um paciente emagrecido
- Ver que um determinado paciente reduziu de peso desde a última vez que o viu no serviço de saúde
- O paciente me contar que está com dificuldades para se alimentar, que o apetite está ruim ou que ele não consegue mastigar/engolir alimentos.
- O paciente disser que está com dificuldades financeiras para comprar alimentos
- Alguma criança, que vive no mesmo domicílio, estar com déficit de peso e/ou estatura
- Ser realizado o diagnóstico de tuberculose

Após o encaminhamento do paciente, em decorrência da suspeita de perda ponderal, ou no caso de algum profissional da equipe perceber essa condição, deverá ser traçado um plano de cuidados com o paciente que poderá ser orientado pelo fluxograma abaixo. Esse instrumento é norteador, dessa maneira, o planejamento de intervenções não precisa ser limitado somente ao que ele sugere.



E NA PRÁTICA, QUAIS RECURSOS TENHO DISPONÍVEL NO SERVIÇO DE SAÚDE?

Na Rede Municipal Especializada em IST/Aids é possível dispor de algumas ferramentas para auxiliar na intervenção com esse paciente:

Suplemento alimentar

Os suplementos estão disponíveis em todos os SAEs e podem ser prescritos para os pacientes que estejam com baixo peso, de acordo com avaliação nutricional ou médica. Esse é um recurso importante para auxiliar na recuperação do estado nutricional dessa população e seu uso deve ser associado a orientações alimentares e outras intervenções que se mostrarem necessárias.

Gratuidade no transporte público

Toda pessoa vivendo com HIV tem direito à gratuidade no transporte público (ônibus). É importante que os profissionais do serviço de saúde orientem os pacientes em relação a esse benefício, que garante meios para o indivíduo acessar a unidade de saúde. Esse recurso é fundamental para os pacientes com baixo peso, que estão em insegurança alimentar e/ou vulnerabilidade social, que precisam comparecer ao serviço com uma frequência maior para o tratamento adequado (SÃO PAULO, 2020).

Cesta básica (pacientes em tratamento para tuberculose)

As pessoas que vivem com HIV, que também forem diagnosticadas com tuberculose, têm direito a receber cesta básica caso optem por realizar o tratamento diretamente observado (TDO) na UBS. Além de melhorar o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, a realização do TDO permite a identificação de eventos adversos precocemente e de possíveis dificuldades na adesão ao tratamento. O fornecimento da cesta básica, garante que o paciente tenha acesso a uma alimentação adequada, pelo menos, no período em que estiver em tratamento para a tuberculose (SÃO PAULO, 2021).

E NA PRÁTICA, QUAIS RECURSOS TENHO DISPONÍVEL NO SERVIÇO DE SAÚDE?

Na Rede Municipal Especializada em IST/Aids é possível dispor de algumas ferramentas para auxiliar na intervenção com esse paciente:

Encaminhamento para equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional

Centros de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional

São equipamentos públicos, de caráter comunitário, que favorecem a articulação de políticas públicas vinculadas à segurança alimentar e nutricional. Os pacientes podem ser direcionados para esses serviços com o objetivo de serem beneficiados com ações que favoreçam o acesso à uma alimentação adequada.

Restaurantes Populares

São locais que servem refeições nutricionalmente adequadas e a preços acessíveis à população em vulnerabilidade social (BRASIL, 2022). É importante que os serviços de saúde tenham mapeados esses locais no território para direcionar os pacientes que necessitem do fornecimento dessas refeições.

Hortas Comunitárias

Uma horta comunitária é um espaço compartilhado em que os indivíduos de um determinado território compartilham o trabalho, a colheita e a manutenção de um espaço para o cultivo de alimentos. Entre as suas principais contribuições estão o fortalecimento da segurança alimentar e nutricional, a melhoria da nutrição e da saúde nas comunidades, além de promover a geração de emprego e um ambiente mais saudável para populações vulneráveis (MACHADO e MACHADO, 2002). A partir do momento em que os serviços de saúde têm o conhecimento da localização desses espaços, no território, é possível realizar o direcionamento dos pacientes que se beneficiaram dessas iniciativas.

Encaminhamento para Organizações Não Governamentais (ONGs)

O direcionamento para ONGs pode ser uma estratégia de intervenção fundamental para promover o acesso a recursos que vão desde a alimentação até a capacitação profissional. Em relação às pessoas vivendo com HIV, esse encaminhamento pode ser realizado para instituições voltadas à essa população ou para locais que sejam beneficiados pelos bancos de alimentos do município.

Encaminhamento para Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

O principal serviço do CRAS é o trabalho social com as famílias para fortalecer os seus vínculos, promover o acesso a direitos e a melhoria de sua qualidade de vida. Famílias em situação de pobreza, ausência de renda, falta de acesso aos serviços públicos e com fragilização dos vínculos familiares e comunitários podem ser encaminhadas para acolhimento nesse serviço (SÃO PAULO, 2022).

REFERÊNCIAS

- Aberman NL, Rawat R, Drime S, et al. Food Security and Nutrition Interventions in Response to the Aids Epidemic: Assessing Global Action and Evidence. *AIDS and Behavior*. 2014; 18(5): 554-565.
- Anema A, Fielden S, Castleman T, et al. Food Security in the Context of HIV: Towards Harmonized Definitions and Indicators. *AIDS and Behavior*. 2014; 18: 476-480.
- Brasil. Ministério da Cidadania. Programa Restaurante Popular. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acesso-a-informacao/carta-desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/programa-restaurante-popular>> Acesso em: 24 jul. 2022
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: Ipea, 2015.
- Marchado AT, Marchado CTT. Agricultura Urbana: Fmbrapa Cerrados. Planaltina: Fmbrapa, 2002
- Pedrosa SC, Fiuzza MLT, Cunha GH, et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(4):e2030015.
- SÃO PAULO. Centro de Referência de Assistência Social. 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protacao_social_basica/index.php?e=1906> Acesso em 31 jul. 2022.
- SÃO PAULO. PORTARIA CONJUNTA SECRETARIA MUNICIPAL DE MORIJDAD E TRANSPORTES - SMT; SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 7 DF 76 DE AGOSTO DE 2020. Atualiza, na forma do Anexo Único à presente Portaria, a relação das patologias e diagnósticos que autorizam a isenção de pagamento de tarifa nos veículos integrantes do Sistema de Transporte Coletivo Urbano de Passageiros na Cidade de São Paulo às pessoas com deficiência e, conforme o caso, aos seus acompanhantes, nos termos do artigo 2º da Lei Municipal n.º 14.988, de 29 de setembro de 2009.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Nota Informativa DVE/PMCT: 08/2021 - Retorno do Tratamento Diretamente Observado Diário na Tuberculose no Município de São Paulo. São Paulo, 2021.
- Silveira EA, Falco MO. Diagnóstico nutricional de pessoas que vivem com HIV/AIDS: revisão de protocolos nacionais e internacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(12):5003-5015.
- WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age: Methods and Development. Geneva, WHO, 2006.

APÊNDICE B – Produto Educativo – Versão Digital



**GUIA RÁPIDO
PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
COM BAIXO
PESO**

GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO
Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV

Página inicial

O que fazer?

Encaminhamentos

Recursos disponíveis no serviço de saúde

Referências

Autores

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O Guia foi elaborado com a intenção de possibilitar que a equipe de saúde, responsável pelo cuidado de pessoas vivendo com HIV, possa ter subsídios no manejo de indivíduos que estejam com baixo peso ou que apresentem uma perda de peso não intencional.

Com o auxílio desse material, será possível planejar intervenções interdisciplinares que levem em consideração a integralidade do cuidado e a singularidade de cada indivíduo. Ele poderá nortear as ações da equipe a partir das sugestões de condutas apresentadas.

A perda de peso não intencional tende a ter um caráter multifatorial. Em pessoas vivendo com HIV, ela pode ocorrer por conta de infecções oportunistas, questões socioeconômicas, transtornos de saúde mental, insegurança alimentar, entre outros (ABERMAN et al., 2014; ANEMA et al., 2014; PEDROSA et al. 2016; SILVEIRA e FALCO, 2020).

Dessa maneira, para uma intervenção eficaz, é preciso pensar além do encaminhamento para o profissional nutricionista. Todos os profissionais que compõem a equipe de saúde devem interagir no encaminhamento destes casos. As ações podem ocorrer desde a observação do emagrecimento de um paciente até a articulação de estratégias de apoio a esse indivíduo.

Esse material pode ser utilizado por qualquer membro da equipe que esteja envolvido no cuidado de pessoas vivendo com HIV e que queira planejar uma intervenção voltada à recuperação do estado nutricional do paciente.

Agora, selecione as opções a seguir caso o seu paciente se enquadre em algum dos critérios abaixo

Agora, selecione as opções a seguir caso o seu paciente se enquadre em algum dos critérios abaixo



PACIENTE REFERE PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL NO ÚLTIMO ANO

PACIENTE APRESENTA IMC < 20 kg/m²

Como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC)?

$$\text{IMC} = \text{Peso} \div (\text{Altura} \times \text{Altura})$$

Obs.:

- Para a avaliação de crianças e adolescentes, deve-se utilizar a curva de crescimento (WHO, 2006)
- Em idosos, o baixo peso é considerado IMC < 22 kg/m² (BRASIL, 2008)
- Para gestantes deve-se utilizar curva de crescimento específica (ATALAH et al. 1997)



**GUIA RÁPIDO
PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
COM BAIXO
PESO**

Página inicial

O que fazer?

Encaminhamentos

Recursos disponíveis no
serviço de saúde

Referências

Autores



GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO

Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV

APRESENTAÇÃO

O primeiro passo na intervenção com pessoas que estejam com perda de peso não intencional, é a suspeita dessa condição. Nesse sentido todos os trabalhadores do serviço de saúde são fundamentais, desde que devidamente sensibilizados para isso.

Ao suspeitar da perda de peso de qualquer paciente, deve-se encaminhá-lo para atendimento de algum profissional da equipe de saúde.

Que situações devem chamar a minha atenção?

- Perceber um paciente emagrecido
- Ver que um determinado paciente reduziu de peso desde a última vez que o vi no serviço de saúde
- O paciente me contar que está com dificuldades para se alimentar, que o apetite está ruim ou que ele não consegue mastigar/engolir alimentos.
- O paciente disser que está com dificuldades financeiras para comprar alimentos
- Alguma criança, que vive no mesmo domicílio, estar com déficit de peso e/ou estatura
- Ser realizado o diagnóstico de tuberculose

Após o encaminhamento do paciente, em decorrência da suspeita de perda ponderal, ou no caso de algum profissional da equipe perceber essa condição, deverá ser traçado um plano de cuidados com o paciente que poderá ser orientado pelo fluxograma abaixo. Esse instrumento é norteador, dessa maneira, o planejamento de intervenções não precisa ser limitado somente ao que ele sugere.

SUGESTÕES DE DIRECIONAMENTO



**GUIA RÁPIDO
PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
COM BAIXO
PESO**

Página inicial
O que fazer?
Encaminhamentos
Recursos disponíveis no
serviço de saúde
Referências
Autores

GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO
Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV

APRESENTAÇÃO

Quais dessas questões você observou no paciente?

ABAIXO VOCÊ ENCONTRARÁ A SUGESTÃO DE ENCAMINHAMENTO PARA CADA SITUAÇÃO

INAPETÊNCIA

É caracterizada pela ausência de fome, quando o indivíduo não sente vontade de se alimentar

- NUTRIÇÃO

DIARRÉIA CRÔNICA

É caracterizada por dois ou mais episódios de fezes líquidas por dia com duração \geq 1 mês (BRASIL, 2018).

- NUTRIÇÃO

VULNERABILIDADE SOCIAL

Podem ser considerada quando um determinado indivíduo não tem garantido o acesso adequado à infraestrutura urbana, à renda suficiente e/ou ao trabalho, privando-o de condições adequadas de bem-estar (IPEA, 2015).

- SERVIÇO SOCIAL

AUSÊNCIA DE SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR

- SERVIÇO SOCIAL
- PSICOLOGIA

RENDA INSUFICIENTE PARA A COMPRA DE ALIMENTOS

- SERVIÇO SOCIAL

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E/OU ALGUMA QUESTÃO DE SAÚDE MENTAL

- PSICOLOGIA

NÃO ACEITAÇÃO DO DIGNÓSTICO, ESTIGMAS E PRECONCEITO

- PSICOLOGIA

LESÕES ORAIS/ DIFICULDADES OU DOR AO MASTIGAR



**GUIA RÁPIDO
PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
COM BAIXO
PESO**

GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO

Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV

APRESENTAÇÃO

Página inicial
O que fazer?
Encaminhamentos
**Recursos disponíveis no
serviço de saúde**
Referências
Autores

E NA PRÁTICA, QUAIS RECURSOS TENHO DISPONÍVEL NO SERVIÇO DE SAÚDE?

Na Rede Municipal Especializada em IST/Aids é possível dispor de algumas ferramentas para auxiliar na intervenção com esse paciente:

SUPLEMENTO ALIMENTAR

Os suplementos estão disponíveis em todos os SAEs e podem ser prescritos para os pacientes que estejam com baixo peso, de acordo com avaliação nutricional ou médica. Esse é um recurso importante para auxiliar na recuperação do estado nutricional dessa população e seu uso deve ser associado a orientações alimentares e outras intervenções que se mostrarem necessárias.

GRATUIDADE NO TRANSPORTE PÚBLICO

Toda pessoa vivendo com HIV tem direito à gratuidade no transporte público (ônibus). É importante que os profissionais do serviço de saúde orientem os pacientes em relação a esse benefício, que garante meios para o indivíduo acessar a unidade de saúde. Esse recurso é fundamental para os pacientes com baixo peso, que estão em insegurança alimentar e/ou vulnerabilidade social, que precisam comparecer ao serviço com uma frequência maior para o tratamento adequado (SÃO PAULO, 2020).

[Saiba mais aqui](#)

CESTA BÁSICA (PACIENTE EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE)

As pessoas que vivem com HIV, que também forem diagnosticadas com tuberculose, têm direito a receber cesta básica caso optem por realizar o tratamento diretamente observado (TDO) na UBS. Além de melhorar o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, a realização do TDO permite a identificação de eventos adversos precocemente e de possíveis dificuldades na adesão ao tratamento. O fornecimento da cesta básica, garante que o paciente tenha acesso a uma alimentação adequada, pelo menos, no período em que estiver em tratamento para a tuberculose (SÃO PAULO, 2021).

[Saiba mais aqui](#)

ENCAMINHAMENTO PARA EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Centros de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional


São equipamentos públicos, de caráter comunitário, que favorecem a articulação de políticas públicas vinculadas à segurança alimentar e nutricional. Os pacientes podem ser direcionados para esses serviços com o objetivo de serem beneficiados com ações que favoreçam o acesso à uma alimentação adequada.

[Saiba mais](#)

Restaurantes Populares

São locais que servem refeições nutricionalmente adequadas e a preços acessíveis à população em vulnerabilidade social (BRASIL, 2022). É importante que os serviços de saúde tenham mapeados esses locais no território para direcionar os pacientes que necessitem do fornecimento dessas refeições.

[Confira aqui alguns endereços](#)



ENCAMINHAMENTO PARA ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONGs)

O direcionamento para ONGs pode ser uma estratégia de intervenção fundamental para promover o acesso a recursos que vão desde a alimentação até a capacitação profissional. Em relação às pessoas vivendo com HIV, esse encaminhamento pode ser realizado para instituições voltadas à essa população ou para locais que sejam beneficiados pelos bancos de alimentos do município.

[Veja aqui algumas ONGs voltadas à PVHIV](#)

ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

O principal serviço do CRAS é o trabalho social com as famílias para fortalecer os seus vínculos, promover o acesso a direitos e a melhoria de sua qualidade de vida. Famílias em situação de pobreza, ausência de renda, falta de acesso aos serviços públicos e com fragilização dos vínculos familiares e comunitários podem ser encaminhadas para acolhimento nesse serviço (SÃO PAULO, 2022).

[Saiba mais e acesse os endereços aqui](#)

 Programa de Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde
Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia - USP 



**GUIA RÁPIDO
PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
COM BAIXO
PESO**

Página inicial
O que fazer?
Encaminhamentos
Recursos disponíveis no
serviço de saúde
Referências
Autores



GUIA RÁPIDO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM BAIXO PESO

Material de apoio para o cuidado de pessoas vivendo com HIV


APRESENTAÇÃO

REFERÊNCIAS

- Aberman NL, Rawat R, Dirmie S, et al. Food Security and Nutrition Interventions in Response to the Aids Epidemic: Assessing Global Action and Evidence. *AIDS and Behavior*. 2014; 18(5): 554-565.
- Anema A, Fielden SJ, Castleman T, et al. Food Security in the Context of HIV: Towards Harmonized Definitions and Indicators. *AIDS and Behavior*. 2014; 18: 476-489.
- Brasil. Ministério da Cidadania. Programa Restaurante Popular. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/carta-desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/programa-restaurante-popular>> Acesso em: 24 jul. 2022
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: Ipea, 2015.
- Machado AT, Machado CTT. Agricultura Urbana: Embrapa Cerrados. Planaltina: Embrapa, 2002
- Pedrosa SC, Fiuza MLT, Cunha GH, et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(4):e2030015.

- SÃO PAULO. Centro de Referência de Assistência Social. 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_basica/index.php?n=1906> Acesso em 31 jul. 2022
- SÃO PAULO. PORTARIA CONJUNTA SECRETARIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE E TRANSPORTES - SMT; SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 7 DE 26 DE AGOSTO DE 2020. Atualiza, na forma do Anexo Único à presente Portaria, a relação das patologias e diagnósticos que autorizam a isenção de pagamento de tarifa nos veículos integrantes do Sistema de Transporte Coletivo Urbano de Passageiros na Cidade de São Paulo às pessoas com deficiência e, conforme o caso, aos seus acompanhantes, nos termos do artigo 2º da Lei Municipal n.º 14.988, de 29 de setembro de 2009.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Nota Informativa DVE/PMCT: 08/2021 - Retorno do Tratamento Diretamente Observado Diário na Tuberculose no Município de São Paulo. São Paulo, 2021.
- Silveira EA, Falco MO. Diagnóstico nutricional de pessoas que vivem com HIV/AIDS: revisão de protocolos nacionais e internacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(12):5003-5016.
- WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age: Methods and Development. Geneva, WHO, 2006.

Programa de Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde
Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia - USP



APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “O BAIXO PESO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE AS ASSISTEM”, que tem como objetivo analisar as percepções e opiniões dos profissionais de saúde, que atuam no cuidado a pessoas vivendo com HIV/Aids, sobre o atendimento de pacientes com baixo peso.

Essa pesquisa será realizada somente com profissionais da saúde que atuam diretamente na assistência a essa população. Sua participação no estudo consistirá em responder um questionário com perguntas sobre o tema da pesquisa. A coleta de dados ocorrerá durante o período em que você se encontrar no local de trabalho, de forma que não atrapalhe a sua rotina.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, que incluem a quebra da confidencialidade das informações (minimizado pelo fato de que somente o pesquisador irá manusear esses dados) e algum desconforto emocional ao responder determinada questão, sendo que o participante poderá optar por não responder qualquer uma delas. Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, mas, de maneira indireta, eles poderão ser beneficiados com os achados dessa pesquisa na sua atuação profissional.

Durante o preenchimento do questionário, caso o participante se sinta desconfortável em responder alguma pergunta, terá a liberdade de não respondê-la. Além disso, também tem a liberdade de não participar da pesquisa ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações e dos dados que te identificam.

Em caso de danos decorrentes da pesquisa, estará assegurado ao participante assistência integral e imediata, de forma gratuita e pelo tempo que for necessário, além de indenização, se necessário.

Não haverá nenhuma despesa nem compensação financeira relacionada à participação na pesquisa, entretanto, se houver algum gasto relacionado à participação na pesquisa, será garantido o devido ressarcimento. Ao final do estudo, se assim o desejar, o participante terá acesso aos resultados obtidos.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o participante poderá entrar em contato com a responsável pelo estudo: Natalia Teixeira Honorato Soares, que pode ser localizada no SAE IST/Aids Fidélis Ribeiro, Rua Peixoto nº 100, telefone: (11) 2621-0217 ou pelo e-mail nataliaths@usp.br. Em caso de dúvidas sobre a ética da pesquisa o participante da pesquisa poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP- FOU SP), pelo telefone: (11) 3091-7960, pelo e-mail: cepfo@usp.br ou no endereço: Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 - 1º Andar - Sala 02 da Administração - CEP: 05508-000 – São Paulo/SP. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira das 9 às 12h e das 14 às 16h (exceto em feriados e recesso universitário). Em caso de greve ou recesso institucional os contatos e procedimentos ficarão disponíveis no endereço http://fo.usp.br/?page_id=7497. Também poderá ser consultado o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS, pelo e-mail: smscep@gmail.com, pelo telefone: (11) 3397-2464 ou no endereço: Rua Gomes de Carvalho, 256, sala 15. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para avaliar a percepção do profissional da saúde no atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids.

Este termo é elaborado em duas vias e será assinado pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo uma via para cada.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

_____ / /

Nome completo do participante da pesquisa

Data

_____ / /

Assinatura do participante da pesquisa

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a sua participação neste estudo.

_____ / /

Nome completo do pesquisador

Data

_____ / /

Assinatura do pesquisador

Data

APÊNDICE D - Questionário

Questionário para profissionais da saúde

Nome (opcional): _____

Idade: _____

Gênero: _____

Tempo de atuação no SAE: _____

Categoria profissional: _____

Desde que você começou a atuar na atenção à pessoa vivendo com HIV, percebeu alguma mudança no perfil dos pacientes com baixo peso? Se sim, quais?

Nesse período, você percebeu alguma mudança na sua atuação profissional em relação aos pacientes com baixo peso?

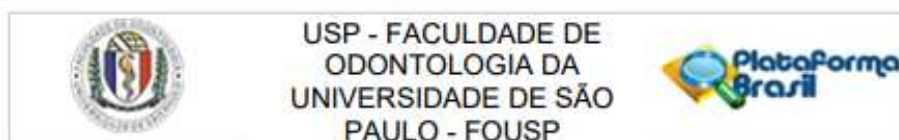
Por que, você acredita que, nos dias atuais, ainda existam pacientes com baixo peso nesse serviço?

Durante o seu atendimento, como você acredita que pode contribuir para a recuperação de paciente com baixo peso?

Quais as dificuldades que você percebe durante o atendimento/acompanhamento do paciente com baixo peso?

O que você acha que precisaria mudar no serviço para ter um acompanhamento ideal desse paciente?

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O BAIXO PESO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE AS ASSISTEM

Pesquisador: NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40817720.1.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.465.279

Apresentação do Projeto:

"A pesquisa será realizada em um Serviço Ambulatorial Especializado em IST/AIDS. A população estudada será composta por 15 profissionais da saúde que atuam diretamente na assistência à pessoa vivendo com HIV/AIDS. Será realizado um questionário aberto e auto administrado com perguntas relacionadas à sua percepção sobre o cuidado ao paciente com baixo peso. As entrevistas serão analisadas de forma qualitativa através de análise de conteúdo e os demais dados serão interpretados de maneira descritiva."

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de profissionais da saúde em relação ao baixo peso em pessoas vivendo com HIV/AIDS. E avaliar os limitantes e as potencialidades da equipe e do serviço de saúde no atendimento ao paciente com baixo peso; Realizar intervenções educativas, com equipe de saúde, baseadas nos resultados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos com essa pesquisa são mínimos, que incluem a quebra da confidencialidade das informações (minimizado pelo fato de que somente o pesquisador irá manusear esses dados) e algum desconforto emocional ao responder determinada questão, sendo que o participante poderá optar por não responder qualquer uma delas. Benefícios: Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, mas, de maneira indireta, eles poderão ser beneficiados com os

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar, sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FOU SP



Continuação do Parecer: 4.465.279

achados dessa pesquisa na sua atuação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para área de conhecimento.

_Caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de Mestre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d..

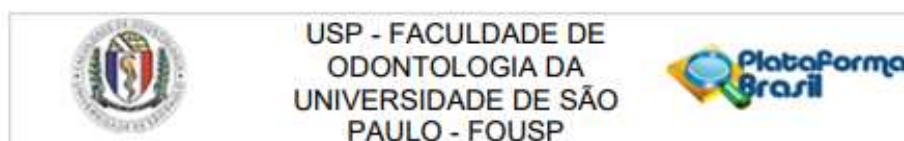
Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "EMENDA", por meio da Plataforma Brasil, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação (Norma Operacional 001/2013 – letra H). Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "EMENDA", por meio da Plataforma Brasil, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação (Norma Operacional 001/2013 – letra H).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1482887.pdf	08/12/2020 13:48:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	08/12/2020 13:46:09	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	08/12/2020 13:45:57	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar, sala 02 da administração
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7960 E-mail: cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 4.465.279

Outros	questionario_profissionais_saude.pdf	07/12/2020 23:42:24	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Outros	anuencia_coordenadoria_ist_aids.pdf	01/12/2020 09:10:52	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Outros	anuencia_sae_fidelis_ribeiro.pdf	30/11/2020 10:58:28	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/11/2020 19:32:08	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

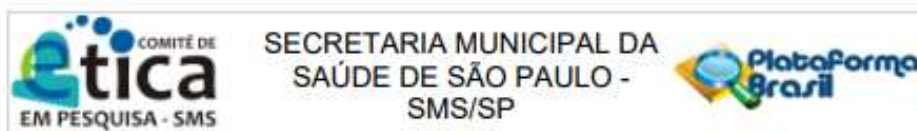
Não

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Alyne Simões Gonçalves
(Coordenador(a))

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar, sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O BAIXO PESO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE AS ASSISTEM

Pesquisador: NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40817720.1.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.494.403

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada em um Serviço Ambulatorial Especializado em IST/AIDS. Pretende-se avaliar 15 profissionais atuantes no serviço (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, técnicos em farmácia, assistentes sociais, psicólogos, cirurgiões dentistas e aconselhadores) por meio de um questionário auto administrado. O questionário será entregue somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados acontecerá no local de trabalho durante o expediente desses profissionais. Esse questionário será estruturado em perguntas relacionadas à sua percepção sobre o cuidado ao paciente com baixo peso. O participante será orientado quanto aos objetivos da pesquisa e receberá o questionário para responder no momento em que lhe for mais conveniente. Assim que finalizar o preenchimento, será orientado a devolver o questionário com identificação opcional.

Objetivo da Pesquisa:

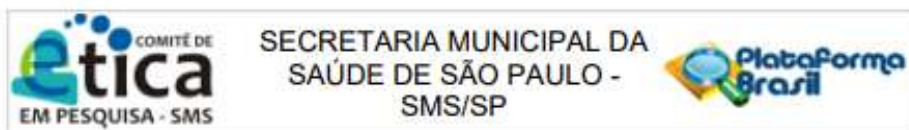
Objetivo Primário:

Analisar a percepção de profissionais da saúde em relação ao baixo peso em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Objetivo Secundário:

Avaliar os limitantes e as potencialidades da equipe e do serviço de saúde no atendimento ao

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250
Bairro: Vila Olímpia **CEP:** 04.547-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.494.403

paciente com baixo peso; Realizar intervenções educativas, com equipe de saúde, baseadas nos resultados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, que incluem a quebra da confidencialidade das informações (minimizado pelo fato de que somente o pesquisador irá manusear esses dados) e algum desconforto emocional ao responder determinada questão, sendo que o participante poderá optar por não responder qualquer uma delas.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, mas, de maneira indireta, eles poderão ser beneficiados com os achados dessa pesquisa na sua atuação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto explícita a instituição proponente.

Cronograma, Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

TCLE-Adequado

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250

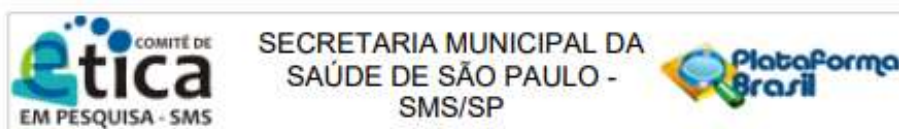
Bairro: Vila Olímpia

CEP: 04.547-001

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.404.403

documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

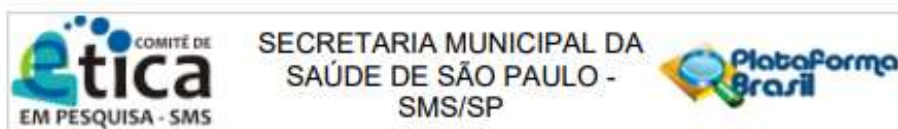
Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1681393.pdf	05/01/2021 11:15:04		Aceito
Outros	Respostas_pendencias_parecer_CEP_SMS.docx	05/01/2021 11:13:10	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_alterado.pdf	05/01/2021 11:08:50	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	05/01/2021 11:07:02	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	08/12/2020 13:46:09	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	08/12/2020 13:45:57	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Outros	questionario_profissionais_saude.pdf	07/12/2020 23:42:24	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Outros	anuencia_coordenadoria_ist_aids.pdf	01/12/2020 09:10:52	NATALIA TEIXEIRA HONORATO SOARES	Aceito
Outros	anuencia_sae_fidelis_ribeiro.pdf	30/11/2020 10:58:28	NATALIA TEIXEIRA HONORATO	Aceito

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250
 Bairro: Vila Olímpia CEP: 04.547-001
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3846-4815 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.404.403

Outros	anuencia_sae_fidelis_ribeiro.pdf	30/11/2020 10:58:28	SOARES	Aceito
--------	----------------------------------	------------------------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Janeiro de 2021

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250
Bairro: Vila Olímpia CEP: 04.547-001
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 E-mail: smscep@gmail.com