



PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM TESTAGEM PARA O HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Universidade Federal Fluminense
Programa Profissional em Enfermagem Assistencial

PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM TESTAGEM PARA O HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Rio das Ostras - 2026

Coordenação

Bianca Albuquerque Côrtes Monteiro
Fernanda Maria Pereira Vieira Ávila

Diagramação

Ana Paula Lacerda

Colaboradores

Aline Maria Pereira Cruz Ramos
Carolina de Castro Castrighini
Diogo Jacintho Barbosa
Eliã Pinheiro Botelho
Euzeli da Silva Brandão
Hilmara Ferreira da Silva
Juliane Ferreira da Silva
Laelson Rochelle Milanês Sousa
Marcia Pereira Gomes
Maria Cristina Mendes de Almeida Cruz
Natalia Maria Vieira Pereira Caldeira
Vinícius Paim Brasil

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M772p Monteiro, Bianca Albuquerque Cortes
Protocolo para Implementação da Consulta de Enfermagem em
Testagem para HIV na Atenção Primária à Saúde / Bianca
Albuquerque Cortes Monteiro. - 2026.

69 f.: il.

Orientador: Fernanda Maria Vieira Pereira Ávila.

Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal
Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Niterói, 2026.

1. Protocolo. 2. HIV. 3. Enfermagem. 4. Atenção Básica.

5. Produção intelectual. I. Ávila, Fernanda Maria Vieira
Pereira, orientador. II. Universidade Federal Fluminense.

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. III. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

Apresentação

A presente edição do Protocolo de Enfermagem para a Consulta de Enfermagem na Testagem para o HIV na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Rio das Ostras tem como finalidade sistematizar e fortalecer a atuação do enfermeiro no processo de testagem, diagnóstico e cuidado às pessoas, com base nas melhores evidências científicas disponíveis e nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Este protocolo foi desenvolvido no contexto do projeto de implementação, com o objetivo de ampliar o acesso à testagem para o HIV na APS e qualificar o cuidado por meio da estruturação da consulta de enfermagem como tecnologia central no processo assistencial. A proposta fundamenta-se na utilização do Processo de Enfermagem como eixo organizador da prática clínica, associado à avaliação ampliada das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, reconhecendo que a exposição ao HIV está relacionada a contextos de vida, condições sociais e acesso aos serviços de saúde.

Este processo assegurou rigor técnico-científico, bem como a inserção apropriada de conteúdos inerentes à consulta de enfermagem na testagem para o HIV.

Sua elaboração está alinhada aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo da infecção pelo HIV, às normativas da Atenção Primária à Saúde e às regulamentações do exercício profissional da enfermagem, assegurando respaldo técnico, científico legal à atuação na testagem para HIV na APS.

Entre os principais avanços do protocolo destacam-se a estruturação da consulta de enfermagem implementada por meio das etapas do Processo de Enfermagem, o fortalecimento do acolhimento e do aconselhamento sensível e a padronização do procedimento de testagem para o HIV na APS.

Destaca-se que a organização do processo de trabalho do enfermeiro na APS, decorre em maior resolutividade, ampliação do acesso e fortalecimento do cuidado longitudinal às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Assim sendo, a presente ferramenta tem um potencial ampliado de impacto no enfrentamento da infecção pelo HIV no município de Rio das Ostras.



Sumário

1 - Introdução	6
2 - Justificativa	7
3 - Objetivos	8
3.1 - Objetivo Geral	8
3.2 - Objetivos Específicos	8
4 - Desenvolvimento	9
4.1 - Atenção Primária à Saúde e o cuidado em IST/HIV	9
4.2 - Papel dos profissionais envolvidos na Consulta de Enfermagem na Testagem para o HIV na APS	9
4.3 - Prevenção combinada e populações -chave e prioritárias	10
4.4 - Consulta de Enfermagem e o Processo de Enfermagem segundo a Resolução COFEN nº 736/2024	15
4.5 - Referencial de Implementação: O Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)	18
5 - Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem em Testagem para o HIV	20
5.1 - Aspectos Essenciais para o Desenvolvimento da Consulta	21
5.2 - Primeira Etapa: Avaliação de Enfermagem	25
5.3 - Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermagem	26
5.4 - Terceira Etapa: Planejamento de Enfermagem	29
5.5 - Quarta Etapa: Implementação de Enfermagem	30
5.6 - Quinta Etapa: Evolução de Enfermagem	43
6 - Registros, Notificação e Aspectos Ético-Legais	46
6.1 - Registros de Enfermagem	46
6.2 - Notificação	46
6.3 - Aspectos Éticos e Legais	47
7 - Fluxogramas Operacionais do atendimento	48
7.1 - Fluxograma 1 –Consulta de enfermagem em testagem parao HIV	50
7.2 - Fluxograma 2 – Conduta do enfermeiro diante dos resultados na testagem para o HIV	51
7.3 - Fluxograma 3 – Encaminhamento da APS para o SAE	52
7.4 - Fluxograma 4 - Linha de Cuidado do HIV - APS - SAE	53
8 - Plano de implementação e avaliação	54
8.1 - Estratégias de implementação	55
8.2 - Estratégias de Avaliação	55
9 - Referências	56
10 - Apêndices	59
11 - Anexos	63

1 - Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permanece como relevante problema de saúde pública, exigindo estratégias capazes de ampliar o diagnóstico precoce, fortalecer a prevenção combinada e garantir continuidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica como porta de entrada preferencial da rede de atenção⁽¹⁾.

Na APS, a testagem para o HIV deve estar integrada às ações de acolhimento, aconselhamento, educação em saúde, prevenção combinada e encaminhamento oportuno, favorecendo o diagnóstico oportuno e a vinculação ao cuidado. Evidências apontam que a incorporação da testagem às ações rotineiras da APS contribui para a ampliação do acesso e redução do diagnóstico tardio, especialmente quando associada à escuta qualificada e à articulação em rede.⁽²⁾

A atuação do enfermeiro na testagem para o HIV, quando estruturada de forma sistemática e integrada à APS, contribui para qualificação da assistência, coordenação do cuidado e efetividade das estratégias de enfrentamento da infecção, reforçando o papel da APS como ordenadora da linha de cuidado do HIV⁽³⁾.

Protocolos assistenciais constituem instrumentos técnico-científicos capazes de padronizar práticas, qualificar a assistência e promover segurança clínica e jurídica aos profissionais da saúde, contribuindo para organização do processo de trabalho e fortalecimento das práticas baseadas em evidências⁽⁵⁾.

Este protocolo constitui o produto técnico-científico desenvolvido no âmbito de um mestrado profissional, com objetivo de traduzir evidências científicas e normativas nacionais em instrumento aplicável à realidade da Atenção Primária à Saúde do município de Rio das Ostras.

Sua elaboração fundamentou-se em diretrizes nacionais vigentes, normativas profissionais da enfermagem, literatura científica relacionada ao HIV e análise do contexto organizacional da APS, articulando produção acadêmica, gestão em saúde e prática assistencial.

A organização do protocolo foi orientada pelo *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), considerando aspectos relacionados às características da intervenção, ao contexto interno dos serviços de saúde, às características dos profissionais envolvidos e aos processos de implementação. A utilização desse referencial possibilitou identificar barreiras e facilitadores à implementação da consulta de Enfermagem na testagem para o HIV na APS, favorecendo maior viabilidade de adoção e sustentabilidade no contexto municipal.

O protocolo adota o Processo de Enfermagem como eixo metodológico do cuidado, conforme estabelecido pela Resolução COFEN nº 736/2024, que o define como método científico obrigatório para a prática profissional em todos os cenários de cuidado. A utilização sistemática das cinco etapas do Processo de Enfermagem – avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem – confere racionalidade clínica, padronização assistencial, segurança jurídica e qualificação dos registros em saúde.

2 - Justificativa

A relevância deste protocolo reside na necessidade de enfrentar o HIV como um problema crítico de saúde pública, utilizando a APS como porta de entrada estratégica. Os protocolos assistenciais direcionam o trabalho e registram oficialmente os cuidados executados. A carência de padronização local muitas vezes gera barreiras no acesso; portanto, este instrumento visa reduzir preconceitos estruturais e estigmas que impedem populações prioritárias de acessar os testes. A inclusão de fluxogramas claros e sistematização da consulta permitem que o enfermeiro atue com maior autonomia e segurança jurídica.

A proposta busca fortalecer a implementação da consulta de enfermagem na APS, ampliando o acesso à testagem, qualificando o cuidado e contribuindo para o enfrentamento do HIV no território.



3- Objetivos



Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

4- Desenvolvimento

4.1- Atenção Primária à Saúde e o Cuidado em IST/HIV

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel fundamental na organização das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde no território. Pela sua proximidade com a população e pela capacidade de identificar necessidades de saúde de forma precoce, a APS ocupa posição estratégica no enfrentamento da infecção pelo HIV, especialmente no que se refere à ampliação do acesso à informação, às estratégias de prevenção e ao diagnóstico oportuno^(1,11).

No contexto do HIV, as equipes da APS atuam principalmente no desenvolvimento de ações educativas, aconselhamento e oferta de estratégias de prevenção combinada, incluindo a distribuição de preservativos, orientação sobre práticas sexuais seguras e incentivo à realização periódica de testagem. A ampliação do acesso à testagem rápida para HIV nas unidades de saúde contribui para o diagnóstico precoce da infecção e para o encaminhamento oportuno aos serviços especializados, etapa fundamental para o início do acompanhamento e tratamento⁽¹¹⁾.

No município de Rio das Ostras, a atuação da Atenção Primária à Saúde no cuidado relacionado ao HIV concentra-se nas ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce, por meio da oferta de testagem rápida, aconselhamento e atividades educativas voltadas à população. A identificação de casos reagentes permite o encaminhamento oportuno aos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde, garantindo a continuidade do cuidado e o acesso ao acompanhamento especializado. Como representado no fluxograma 1 (apêndice 1).

Além disso, a APS desempenha papel relevante na redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde e na construção de vínculos entre usuários e equipes de saúde. A abordagem acolhedora, pautada no respeito, na confidencialidade e na não discriminação, é essencial para favorecer a busca espontânea pela testagem e fortalecer as ações de prevenção, contribuindo para o controle da infecção pelo HIV no território^(11,14).

4.2- Atribuições dos Profissionais envolvidos na consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS

A implementação da consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS requer atuação articulada da equipe multiprofissional, considerando as atribuições específicas de cada categoria profissional e o trabalho colaborativo centrado nas necessidades do usuário. Embora a consulta de enfermagem constitua atividade privativa do enfermeiro, a ampliação do acesso à testagem, o acolhimento, a vinculação ao cuidado e a

a continuidade da assistência dependem da integração entre diferentes profissionais da equipe de saúde.

A definição clara das responsabilidades contribui para a organização do processo de trabalho, fortalecimento do fluxo assistencial, qualificação do cuidado e garantia da integralidade da atenção.

Quadro 1 – Atribuições dos profissionais envolvidos na consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS.

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES
ENFERMEIRO	• Realizar consulta de enfermagem conforme Processo de Enfermagem; • Realizar acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste; • Identificar vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas; • Solicitar, realizar e/ou supervisionar a testagem rápida conforme protocolos vigentes; • Interpretar resultados, elaborar plano de cuidados e realizar encaminhamentos; • Executar registros, notificações e acompanhamento dos usuários.
TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM	• Apoiar a organização do fluxo assistencial; • Preparar materiais e insumos necessários à testagem; • Executar testes rápidos quando capacitado e autorizado pela legislação vigente; • Realizar registros pertinentes; • Apoiar ações educativas e orientações aos usuários.
MÉDICO	• Realizar avaliação clínica quando necessário; • Conduzir investigação complementar e manejo de intercorrências; • Compartilhar decisões terapêuticas quando indicado; • Apoiar o acompanhamento longitudinal dos usuários.
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	• Identificar situações de vulnerabilidade no território; • Desenvolver ações educativas e de prevenção; • Fortalecer vínculo entre serviço e comunidade; • Apoiar busca ativa e ações extramuros para ampliação do acesso.
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (PSICÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL, FARMACÊUTICO E OUTROS)	• Apoiar usuários em situações de vulnerabilidade psicossocial; • Desenvolver cuidado compartilhado; • Promover educação em saúde; • Fortalecer articulação em rede e apoio matricial.
GESTÃO/COORDENAÇÃO DA APS	• Garantir infraestrutura adequada e disponibilidade de insumos; • Promover educação permanente; • Apoiar monitoramento dos indicadores; • Favorecer implementação e sustentabilidade do protocolo.

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

4.3- Prevenção Combinada e populações-chave e prioritárias

A prevenção combinada constitui uma estratégia central na resposta ao HIV, baseada na articulação de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais que, quando utilizadas de forma integrada, ampliam a efetividade das ações de prevenção. Essa abordagem reconhece que o risco de exposição ao HIV é influenciado por múltiplos fatores individuais, sociais e programáticos, sendo necessário ofertar diferentes estratégias de cuidado que considerem as necessidades e vulnerabilidades das pessoas e dos territórios ^(12,13). A operacionalização dessa estratégia ocorre por meio da integração

de diferentes métodos de prevenção, que podem ser combinados de acordo com as necessidades, vulnerabilidades e contextos de vida de cada pessoa. Essa abordagem é representada pela Mandala da Prevenção Combinada, apresentada na Figura 1, que ilustra a articulação entre intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais na prevenção do HIV.

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: (12).

A efetividade da prevenção combinada depende da capacidade dos serviços em reconhecer que diferentes grupos populacionais apresentam necessidades, contextos de vida e vulnerabilidades distintas. Dessa forma, as estratégias de prevenção devem ser ofertadas de maneira individualizada, considerando fatores biológicos, comportamentais, sociais e programáticos que influenciam a exposição ao HIV e o acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se fundamental compreender quais grupos populacionais apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV e demandam estratégias específicas de prevenção, diagnóstico e cuidado.



NOTA REFLEXIVA



O melhor método preventivo é escolhido por cada pessoa, de acordo com a sua realidade, suas possibilidades e suas necessidades.



No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece como populações-chave aquelas que apresentam maior risco de exposição ao HIV em função de fatores sociais, estruturais e comportamentais. O conhecimento dessas populações permite direcionar ações de prevenção combinada mais efetivas e ampliar o acesso às estratégias de cuidado.

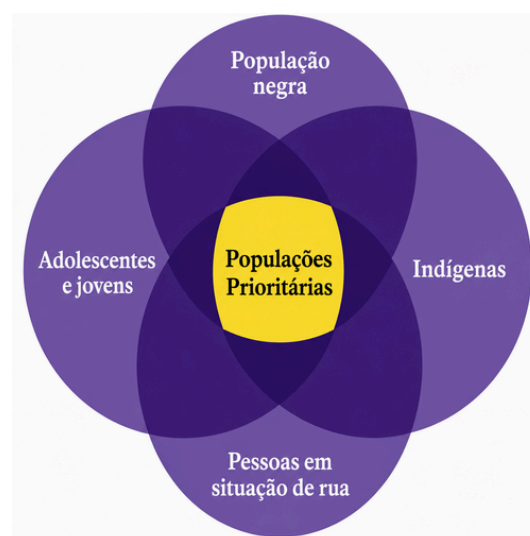
Figura 2 – Populações Chave



Fonte: (11).

Além das populações-chave, existem grupos que, embora não apresentem necessariamente maior risco individual de exposição ao HIV, podem vivenciar contextos de vulnerabilidade social que dificultam o acesso à informação, à prevenção e aos serviços de Saúde. Esses grupos são reconhecidos como populações prioritárias^(11,15).

Figura 3 – Populações Prioritárias



Fonte: (11).

Barreiras estruturais e estigma no acesso à testagem para HIV

O estigma relacionado ao HIV, associado a práticas discriminatórias e barreiras estruturais nos serviços de saúde, permanece como um importante obstáculo ao acesso à testagem e ao diagnóstico oportuno na Atenção Primária à Saúde (APS). Populações-chave e prioritárias frequentemente relataram experiências de julgamento moral, quebra de sigilo, constrangimento e discriminação durante o atendimento, fatores que contribuem para o afastamento dos serviços e para o diagnóstico tardio da infecção. Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que atitudes, crenças pessoais, linguagem inadequada e práticas institucionais podem reproduzir vulnerabilidades e dificultar o acesso ao cuidado.



NOTA REFLEXIVA



A consulta de enfermagem deve ser conduzida de forma **ética, acolhedora, confidencial e livre de julgamentos**, respeitando as diversidades de gênero, sexualidade, raça/cor, território, geração e condições sociais.

Estratégias como educação permanentes das equipes, fortalecimento do acolhimento, garantia do sigilo e atuação integrada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribuem para reduzir barreiras de acesso, ampliar a oferta da testagem e fortalecer o vínculo com usuários historicamente vulnerabilizados.

A compreensão dessas vulnerabilidades é fundamental para a prática clínica do enfermeiro, uma vez que permite identificar necessidades específicas de cuidado, direcionar ações de prevenção combinada e promover abordagens mais equitativas durante a consulta de enfermagem. Considerando os diferentes contextos de exposição ao HIV e as barreiras enfrentadas por determinados grupos populacionais, apresenta-se a seguir um quadro síntese com as principais populações vulneráveis relacionadas à epidemia e recomendações para qualificar a atuação do enfermeiro na APS.

Quadro 2 – Populações vulneráveis e recomendações para o enfermeiro.

POPULAÇÃO / GRUPO	VULNERABILIDADES RELACIONADAS AO HIV	RECOMENDAÇÕES PARA O ENFERMEIRO
 Homens que fazem sexo com homens (HSH)	• Maior exposição ao HIV/IST • Estigma e discriminação	• Linguagem inclusiva e respeito • Sigilo e privacidade • Testagem periódica, PrEP e prevenção combinada
 Pessoas trans e travestis	• Vulnerabilidade social • Discriminação e violência	• Respeitar identidade de gênero e nome social • Acolhimento sem julgamentos • Acesso à prevenção combinada
 Profissionais do sexo	• Exposição frequente ao HIV/IST • Estigma e discriminação	• Atendimento humanizado e sigiloso • Facilitar acesso à testagem e insumos • Fortalecer vínculo e acompanhamento
 Pessoas que usam álcool e outras drogas	• Práticas sexuais desprotegidas • Vulnerabilidade associada ao uso	• Abordagem de redução de danos • Escuta qualificada, sem julgamentos • Orientar sobre prevenção combinada
 Pessoas privadas de liberdade e egressos do sistema prisional	• Restrição de acesso aos serviços • Vulnerabilidade social e jurídica	• Planejar continuidade do cuidado • Articular com rede (SAE, CAPS, assistência social) • Facilitar acesso à testagem e tratamento
 Adolescentes e jovens	• Início precoce da vida sexual • Baixa percepção de risco	• Garantir confidencialidade • Linguagem acessível e acolhedora • Educação em saúde e empoderamento
 Idosos	• Invisibilidade da sexualidade na velhice • Baixa percepção de vulnerabilidade	• Abordar sexualidade sem preconceitos • Incentivar testagem e prevenção combinada
 Mulheres que fazem sexo com mulheres (MCM)	• Invisibilidade nas estratégias preventivas • Suposição equivocada de baixo risco	• Aconselhamento conforme vulnerabilidades • Orientar prevenção combinada
 Pessoas em situação de rua	• Vulnerabilidade social extrema • Dificuldade de continuidade do cuidado	• Facilitar acesso e horários • Fortalecer busca ativa e atuação intersetorial • Redução de danos e acolhimento
 Migrantes e refugiados	• Barreiras linguísticas, culturais e sociais • Dificuldade de regularização e acesso	• Comunicação clara e culturalmente sensível • Articulação com rede de apoio • Garantir direitos e confidencialidade
 Mulheres e homens heterossexuais	• Baixa percepção de risco • Testagem tardia	• Incentivar testagem ampliada e rotineira • Abordagem universal da saúde sexual • Educação em saúde para todos
 ATENÇÃO: O acesso à testagem para o HIV pode ser dificultado por estigmas, discriminação e preconceitos presentes nos serviços de saúde. A atuação do enfermeiro na APS deve estar fundamentada no acolhimento, respeito à diversidade, garantia do sigilo e promoção dos direitos humanos, favorecendo o vínculo, a confiança e o acesso equitativo ao cuidado.		

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

O reconhecimento dessas vulnerabilidades exige que os serviços de saúde desenvolvam estratégias capazes de promover acesso, acolhimento e cuidado integral. Nesse contexto, a APS assume papel estratégico na identificação dessas necessidades e na implementação de ações voltadas à prevenção e ao diagnóstico precoce do HIV.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel fundamental na ampliação do acesso às estratégias de prevenção combinada, na identificação de situações de vulnerabilidade e na construção de vínculos com os usuários e comunidades. A abordagem humanizada, livre de julgamentos e baseada na confidencialidade, é essencial para fortalecer a confiança nos serviços de saúde e favorecer a adesão às ações de prevenção e testagem para HIV.

Considerando o contexto de ampliação de acesso, prevenção, diagnóstico precoce e cuidado este protocolo está alinhado à estratégia global para enfrentamento do HIV/Aids e à meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.⁽¹⁶⁾ Como signatário dessa estratégia, o Brasil reforça seu compromisso de implementar ações coordenadas para alcançar essas metas e contribuir com os esforços globais na melhoria da saúde pública. A eliminação da aids como problema de saúde pública compõe uma das metas do Brasil Saudável⁽¹⁷⁾.

Figura 4 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Adaptado de (18).

4.4- Consulta de Enfermagem segundo a Resolução COFEN nº 736/2024

Na APS, o enfermeiro desempenha função essencial na assistência às PVHIV. É neste contexto que o vínculo terapêutico proporciona um cuidado holístico ao usuário, se estabelecendo desde o momento do diagnóstico⁽¹⁾.

A consulta de enfermagem está prevista e regulamentada através da lei nº 7.498/86⁽¹⁹⁾ e do Decreto Regulamentador nº 94.406/87 como atribuição privativa do enfermeiro e, neste contexto, também a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia a integralidade e qualidade do cuidado^(19,20).

Ainda nesse contexto, a Resolução COFEN nº 159/93 dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do enfermeiro. Esta resolução prevê, que a mesma deve ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Tendo como objetivo a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas, descritas em protocolos e normativas institucionais ⁽²¹⁾ Esta resolução foi posteriormente revogada pela resolução Cofen nº 544/2017⁽²²⁾ .

O processo de enfermagem deve ser embasado em suporte teórico que integre diferentes elementos como: teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagem padronizadas, instrumentos validados de avaliação e predição de riscos, protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos relacionados. Essas estruturas teórico conceituais e operacionais sustentam sua aplicação. Segundo a resolução COFEN nº736 de 17 de janeiro de 2024, ele organiza-se em cinco etapas interrelacionadas interdependentes, recorrentes e cíclicas a saber: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem. ⁽²³⁾

Figura 5 – Etapas do Processo de Enfermagem conforme a Resolução 736/2024.



Fonte: Adaptação (27).

A mesma resolução define ainda que a consulta de enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do processo de enfermagem. Assim sendo, entende-se que a legislação rege a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro e define o processo de enfermagem como método orientador na sistematização da consulta⁽²⁶⁾.

Entretanto a implantação da consulta de enfermagem na rotina de serviço requer mudanças no fazer do enfermeiro principalmente no entendimento de que esta é uma atividade que requer o uso de metodologia própria e objetivos definidos. A incorporação da tecnologia de cuidado através da consulta de enfermagem pelo enfermeiro qualifica a assistência prestada ao usuário na medida em que as suas necessidades são avaliadas continuamente através do raciocínio crítico do profissional e da prática baseada em evidências na perspectiva de trazer para quem está sendo assistido as melhores evidências científicas para o problema identificado⁽²⁴⁾.

A consulta de enfermagem, enquanto tecnologia do cuidado, fortalece a relação entre profissional e usuário e possibilita levantamento de questões individuais reais que irão embasar o plano de cuidados construído juntamente com o usuário. Neste sentido ela traz qualidade, segurança e reconhecimento a assistência de enfermagem quando une teoria e prática através de metodologia e objetivos definidos⁽²⁵⁾.

A assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequados favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade⁽²⁶⁾.

Considerando a consulta de enfermagem como tecnologia essencial para a qualificação do cuidado às pessoas em processo de testagem para o HIV, sua realização deve estar fundamentada em princípios éticos, técnicos e relacionais que orientam a prática profissional e fortalecem a centralidade da pessoa no cuidado. Esses princípios norteadores estão apresentados na Figura 6.

Figura 6 – Princípios Norteadores da consulta de enfermagem em testagem para o HIV na APS.



Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

4.5 - Referencial de Implementação: O Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Para que este protocolo não seja apenas um documento normativo, mas uma ferramenta aplicada com sucesso, a sua estrutura é orientada pelo referencial CFIR. Este modelo permite compreender a interação entre 5 domínios que influenciam a adoção da consulta de enfermagem na APS:

1- Características da Intervenção: Foca na adaptabilidade do protocolo às diferentes unidades de saúde de Rio das Ostras.

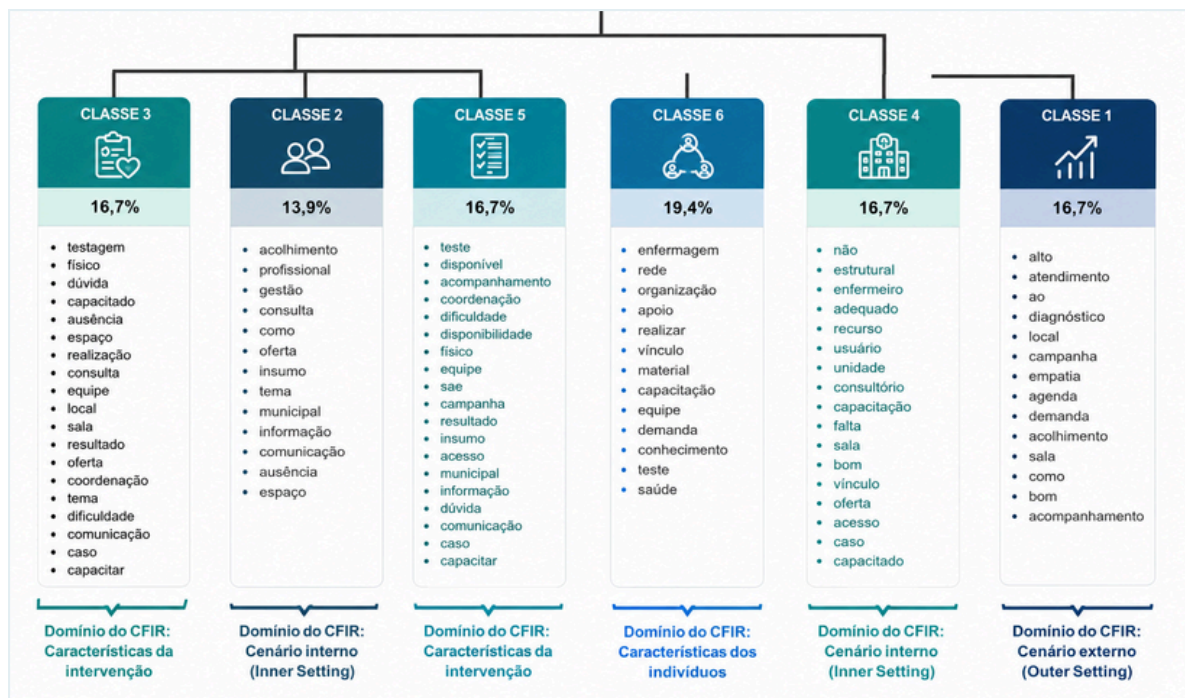
2- Contexto Externo: Considera as necessidades dos usuários e as barreiras sociais, como o estigma e o preconceito estrutural, que dificultam o acesso à testagem.

3- Contexto Interno: Refere-se à infraestrutura das unidades, garantindo condições como a privacidade e a disponibilidade de recursos para os testes rápidos, receptividade da equipe e suporte da gestão municipal para adotar o protocolo.

4- Características dos Indivíduos: Valoriza o conhecimento e a atitude do enfermeiro, promovendo uma escuta sensível e competência técnica.

5- Processo de Implementação: Envolve o planejamento, a execução e a avaliação contínua da consulta através de indicadores de diagnóstico precoce.

Figura 7 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD) sobre percepções da equipe de enfermagem quanto à implementação da consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS. Rio das Ostras a luz do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), RJ, Brasil, 2025.



Fonte: elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).



NOTA REFLEXIVA



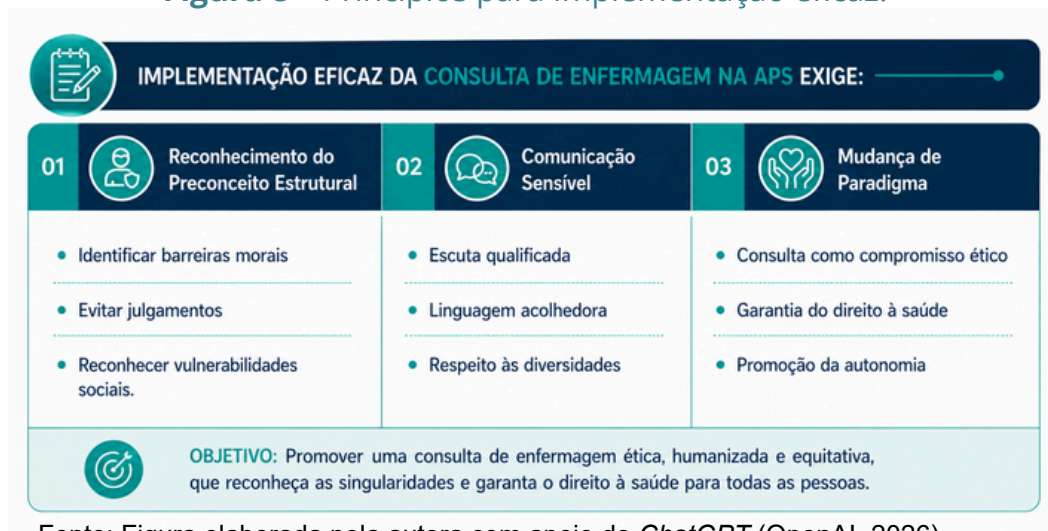
A Consulta de Enfermagem como espaço de **desconstrução de estigmas**.

No domínio “Características dos Indivíduos” do CFIR, este protocolo propõe que o enfermeiro atue como um agente de mudança.



A implementação efetiva da consulta de enfermagem na testagem para o HIV depende não apenas da utilização do Processo de Enfermagem, mas também da presença de condições organizacionais, relacionais e estruturais que favoreçam sua execução na rotina dos serviços. Entre esses elementos destacam-se a acessibilidade, a comunicação acolhedora, o acolhimento das vulnerabilidades e o compromisso ético com o cuidado.

Figura 8 – Princípios para Implementação eficaz.



Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026)..

5 - Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem em Testagem para o HIV

Neste tópico será apresentada de maneira mais detalhada a consulta de enfermagem em testagem para o HIV.

O Processo de Enfermagem constitui-se como método estruturado para subsidiar o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro, norteando o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Realizado de maneira deliberada e sistemática em todos os contextos de atenção, deve apoiar-se em referencial teórico e evidências científicas.

Conforme a resolução vigente, organiza-se em cinco fases interdependentes, interrelacionadas, recorrentes e cíclicas — avaliação (coleta e sistematização de dados subjetivos e objetivos), diagnóstico de enfermagem (julgamento clínico sobre respostas humanas reais ou potenciais), planejamento (definição de resultados mensuráveis e seleção de intervenções baseadas em evidências), implementação (execução e registro das intervenções) e avaliação (mensuração de resultados e revisão do plano) — garantindo a continuidade, segurança e efetividade do cuidado.

O papel do enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta um conjunto de ações que vêm sendo ampliados a cada dia, em âmbitos individuais e coletivos, de promoção, prevenção tratamento, recuperação e apoio ao diagnóstico, desenvolvendo assim atenção integral às pessoas, identificando suas necessidades em suas diferentes dimensões e gerando um impacto na saúde e na autonomia dos indivíduos⁽²⁷⁾.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem na testagem e aconselhamento, especialmente no contexto do HIV, é uma prática de saúde baseada no acolhimento, sigilo e humanização, sendo uma prerrogativa do enfermeiro estabelecida por lei. Ela engloba a avaliação do risco, a educação em saúde, a realização de testes rápidos e o suporte psicológico. É claro que na prática diária da realização da consulta, as etapas do processo se entrelaçam e são cíclicas, conforme mostrado na figura 5, sendo estas separadas no protocolo por questão de organização do processo e da escrita.

5.1- Aspectos Essenciais para o Desenvolvimento da Consulta

Para a realização da consulta de enfermagem na testagem para o HIV, o enfermeiro deve conhecer alguns aspectos essenciais como os mencionados no quadro abaixo:

Figura 9 – Oito aspectos essenciais para o desenvolvimento da consulta

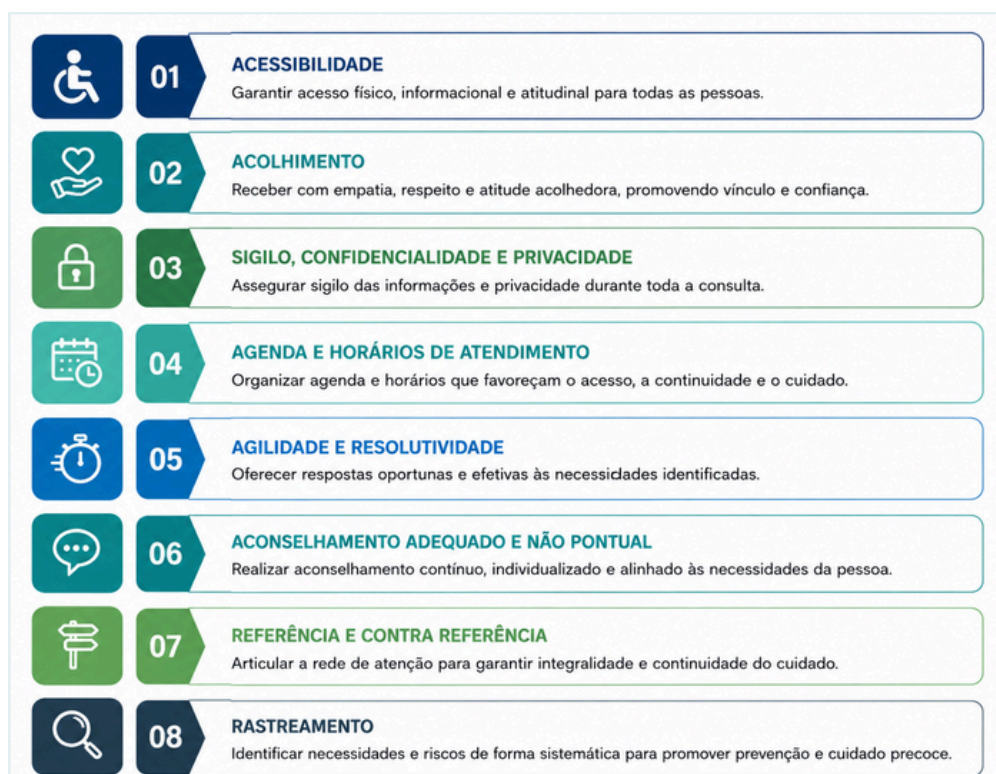


Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

Considerando os referidos aspectos foi elaborado um quadro que mostra cada um com a sua definição e aplicabilidade prática para que o enfermeiro possa observá-los dentro de sua realidade e garantir a execução de cada ponto levantado.

Quadro 3 – Atributos essenciais da qualidade na consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS

ASPECTOS	DEFINIÇÃO	APLICABILIDADE PRÁTICA NA APS
1.  ACESSIBILIDADE	A acessibilidade no contexto do acesso à testagem do HIV refere-se à facilidade com que indivíduos podem obter, realizar e receber os resultados de um teste de HIV, superando barreiras geográficas, financeiras, estruturais, culturais e de estigma.	Considerando o exposto, os serviços devem estar situados em local de fácil acesso, tanto para a população em geral quanto para as populações-alvo e prioritárias, conforme as figuras 2 e 3.
2.  ACOLHIMENTO	Pode ser entendido como ato ou efeito de acolher. Expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.	A postura de acolher o usuário em suas necessidades e demandas deve ser de toda a equipe da unidade e não somente do profissional enfermeiro. O usuário precisa sentir-se acolhido para expressar com veracidade as suas necessidades, estabelecer vínculo e aderir ao plano terapêutico proposto.
3.  SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE	O sigilo constitui um direito fundamental assegurado constitucionalmente, relacionado à proteção de informações sensíveis de indivíduos e instituições. A privacidade refere-se ao direito da pessoa de ter sua vida íntima, honra e imagem resguardadas de interferências indevidas. Já a confidencialidade diz respeito ao dever ético e legal dos profissionais de saúde de proteger as informações obtidas no exercício do cuidado.	Visando garantir esses aspectos ao usuário que busca a unidade para realização da testagem para o HIV, recomenda-se a equipe técnica que tenha dependências adequadas à realização das suas atividades, como salas para recepção, atendimento coletivo, atendimento individual, coleta de sangue e arquivo.
4.  AGENDA E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO	Os serviços devem atender a demanda tanto espontânea quanto provocada por outros serviços ou profissionais de saúde.	As agendas precisam ser flexíveis tanto no que tange ao tempo de atendimento de cada caso como no que tange ao encaixe de uma demanda espontânea. Os horários de atendimento devem ser organizados a fim de oferecer alternativas acessíveis aos diferentes segmentos populacionais.

ASPECTOS	DEFINIÇÃO	APLICABILIDADE PRÁTICA NA APS
5.  AGILIDADE E RESOLUTIVIDADE	Capacidade do serviço de responder de forma oportuna e eficaz às necessidades de saúde apresentadas, reduzindo tempo de espera e solucionando demandas no nível de atenção adequado.	Toda unidade APS deve dispor de recepção acolhedora, encaminhamento interno rápido, tempo mínimo de espera e disponibilidade de resultados confirmados em tempo hábil. Os exames anti-HIV realizados no âmbito da APS devem, necessariamente, ser confiáveis.
6.  ACONSELHAMENTO ADEQUADO E NÃO PONTUAL	O aconselhamento é definido como um processo de escuta ativa, centrado no contato direto com o cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do usuário para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação.	Trata-se de uma prática que visa mudança de comportamentos de risco e, ao mesmo tempo, apoio emocional para o manejo eficaz da situação de comunicação do diagnóstico, através da consistência, uniformidade e precisão das informações prestadas. Portanto, deve ser conduzido pelo enfermeiro em conjunto com o usuário considerando as demandas do mesmo.
7.  REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	Mecanismo de articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, garantindo continuidade do cuidado por meio de encaminhamento e retorno qualificado de informações.	A testagem sorológica e o aconselhamento oferecidos na APS devem garantir o encaminhamento dos usuários ao SAE, a fim de oferecer o acesso imediato ao tratamento e/ou monitoramento da infecção pelo HIV, no caso de resultados positivos.
8.  RASTREAMENTO	O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas para estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade pelo HIV.	O rastreamento no HIV não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, está sempre ligado a uma rede de transmissão. Quando a infecção não é identificada e tratada, o HIV se perpetua na comunidade e amplia a cadeia de transmissão.

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

O rastreamento do HIV constitui uma estratégia fundamental para o diagnóstico precoce da infecção, interrupção da cadeia de transmissão e ampliação do acesso ao tratamento oportuno. Embora a testagem possa ser ofertada a qualquer pessoa que deseje conhecer sua condição sorológica, alguns grupos apresentam maior vulnerabilidade demandando testagem periódica. As recomendações para rastreamento estão no quadro 4.

Quadro 4 – Rastreamento recomendado do HIV

QUEM?	QUANDO?
 Adolescentes e Jovens ≤ 20 anos	Anual
 Gestantes	• Na primeira consulta do Pré-natal (idealmente no 1º trimestre) • No segundo trimestre • No terceiro trimestre • No momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independente de exames anteriores.
 Gays e HSH Travestis/Transexuais Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	Semestral
 Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST
 Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico
 Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico
 Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral
 Pessoas privadas de liberdade	Anual
 Vítimas de Violência Sexual (VS)	No atendimento inicial: 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição.
 Pessoas em uso de PEP	Em cada visita ao serviço
 Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial: 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição.

Fonte: (5)

5.2- Primeira Etapa: Avaliação de Enfermagem

Nesta etapa o enfermeiro deve acolher ao usuário criando um ambiente seguro, de confiança, sigiloso e com escuta qualificada, visando garantir privacidade e confidencialidade; reduzir ansiedade do usuário e favorecer diálogo aberto. O profissional precisa obter informações abrangentes que permitam identificar necessidades de saúde, fatores de vulnerabilidade e riscos relacionados à infecção pelo HIV. Essa etapa ocorre por meio de entrevista clínica estruturada, escuta qualificada e observação. Desta forma, é fundamental a garantia de ambiente privativo, sigilo e acolhimento para favorecer a livre expressão do usuário.

A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Conhecer a história sexual dos usuários é imprescindível para uma abordagem centrada na pessoa, a fim de compreendê-la como um todo⁽⁶⁾.

Visando garantir uma coleta de dados de qualidade capaz de subsidiar a identificação de diagnósticos de enfermagem e a elaboração de um plano de cuidados individualizado, contendo intervenções de enfermagem adequadas, foi elaborado um instrumento a ser aplicado em sua totalidade na consulta de enfermagem em testagem para o HIV na APS (Apêndice 5).

O referido instrumento foi estruturado com base no Processo de Enfermagem e organizado de forma a favorecer a sistematização do cuidado, a qualificação do registro e o suporte à tomada de decisão clínica pelo enfermeiro.



Quadro 5 – História Sexual : Orientações Gerais aos profissionais

ORIENTAÇÕES GERAIS	
1. 	Estabeleça uma rotina de perguntas a todos os usuários sobre sexualidade (diálogo sobre sexo e práticas Sexuais).
2. 	“Desenvolva seu próprio estilo sem, no entanto, suprimir questões importantes da anamnese”.
3. 	Evite julgamentos prévios. Não assuma conceitos prontos (a menos que você pergunte, não há como conhecer a orientação sexual, os comportamentos, práticas ou a identidade de gênero de uma pessoa).
4. 	Respeite os limites do usuário (linguagem não verbal). Reformule a sua pergunta ou explique brevemente porque está fazendo o questionamento se o paciente parecer ofendido ou relutante em responder.
5. 	Observe suas zonas de desconforto. Monitore e contenha as suas próprias reações (linguagem não verbal).
6. 	“Avisar que as mesmas perguntas são feitas a todas as pessoas (procedimento protocolar), independentemente de idade ou de estado civil.”
7. 	“Use termos neutros e inclusivos (por exemplo, “parceria” ao invés de “namorado”, “namorada”, “marido”, “esposa”) e faça perguntas de forma não julgadora.”
8. 	Quando estiver atendendo uma pessoa trans, pergunte como esta prefere ser chamada ou identificada. Dê suporte à identidade de gênero atual do usuário, mesmo que sua anatomia não corresponda a essa identidade.

Fonte: (5)

Nessa abordagem precisam estar contempladas questões como: saúde sexual e reprodutiva, identificação do usuário (orientação sexual, identidade de gênero), história de parcerias sexuais, práticas sexuais adotadas, histórico de IST, conhecimento e utilização de tecnologias de prevenção, planejamento familiar, determinantes sociais de saúde.

A partir do levantamento da história sexual do usuário podemos identificar vulnerabilidades e elaborar juntamente com ele opções de intervenções mais apropriadas a cada situação pautadas no acolhimento e aconselhamento.

5.3- Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermagem

Nesta etapa ocorrerá o processo de análise e interpretação dos dados obtidos na primeira etapa, permitindo ao enfermeiro identificar as vulnerabilidades, necessidades e respostas humanas relacionadas ao processo da consulta. Esta fase é crucial pois orienta o planejamento das intervenções e a tomada de decisão clínica.

No contexto da testagem para o HIV na APS, o diagnóstico de enfermagem deve considerar não só aspectos clínicos mas também outros determinantes que promovem ou acentuam vulnerabilidades do usuário. Entendendo que o conceito de vulnerabilidade envolve três dimensões a saber:

Figura 10 – As três dimensões do conceito de vulnerabilidade



Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026)..

5.3.1- Aplicação das dimensões de vulnerabilidade na consulta de enfermagem

A incorporação das dimensões de vulnerabilidade na consulta de enfermagem permite uma abordagem ampliada do risco de infecção pelo HIV, considerando não apenas fatores comportamentais, mas também contextos sociais e estruturais que influenciam a saúde.

Essa abordagem possibilita ao enfermeiro identificar situações de maior exposição ao HIV; compreender determinantes sociais que influenciam o comportamento sexual; direcionar estratégias de prevenção combinada; fortalecer a autonomia do usuário no cuidado em saúde sexual; qualificar a formulação dos diagnósticos de enfermagem.

Considerando a avaliação de vulnerabilidade ao HIV um componente fundamental da consulta de enfermagem na APS, uma vez que permite a compreensão ampliada dos fatores que influenciam o risco de infecção, para além dos aspectos exclusivamente biológicos^(29,32).

Nesse sentido, adota-se uma abordagem baseada no conceito de vulnerabilidade, estruturada nas dimensões individual, social e programática, possibilitando a identificação de elementos relacionados ao comportamento, às condições de vida e acesso aos serviços de saúde⁽²⁸⁾.

Como o objetivo de qualificar a prática assistencial e subsidiar a tomada de decisão clínica, foi incorporada ao instrumento de consulta de enfermagem uma escala sintetizada de avaliação da vulnerabilidade ao HIV. Essa ferramenta permite a mensuração objetiva dos fatores de risco, por meio da atribuição de pontuação a variáveis previamente definidas, favorecendo a estratificação dos usuários em níveis de vulnerabilidade (baixa, moderada ou alta)⁽³³⁾ (Apêndice 6).

Quadro 6 – Dimensões de vulnerabilidade avaliadas na consulta de enfermagem para testagem do HIV e possíveis diagnósticos de enfermagem de acordo com CIPE.

DIMENSÃO DE VULNERABILIDADE	SITUAÇÃO IDENTIFICADA	POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPE)
 Vulnerabilidade individual	• Conhecimento insuficiente sobre HIV • Relações sexuais desprotegidas • Baixa percepção de risco • Histórico de IST • Ansiedade diante da testagem	• Conhecimento sobre prevenção do HIV prejudicado • Comportamento sexual de risco • Percepção de risco prejudicada • Vulnerabilidade à infecção • Ansiedade relacionada à testagem
 Vulnerabilidade social	• Dificuldade de negociação do preservativo • Situação de violência • Estigma ou discriminação • Baixa escolaridade ou acesso limitado à informação	• Autonomia prejudicada para práticas preventivas • Vulnerabilidade social relacionada à saúde sexual • Acesso prejudicado aos serviços de saúde • Conhecimento em saúde prejudicado
 Vulnerabilidade programática	• Dificuldade de acesso a serviços de saúde • Falta de acesso a preservativos • Desconhecimento sobre PrEP ou PEP • Falta de vínculo com serviço de saúde	• Acesso aos serviços de saúde prejudicado • Proteção sexual prejudicada • Conhecimento sobre estratégias de prevenção prejudicado • Adesão ao cuidado em saúde prejudicada

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026)..

O quadro apresentado exemplifica como o enfermeiro traduz as situações identificadas na etapa de avaliação da consulta de enfermagem para a linguagem padronizada da CIPE®, permitindo a formulação estruturada dos diagnósticos de enfermagem. A partir desses diagnósticos, torna-se possível planejar de forma sistematizada a assistência, orientando a seleção de intervenções e a definição de resultados esperados, com vistas à qualificação do cuidado e ao registro clínico consistente.

5.4- Terceira Etapa: Planejamento de Enfermagem

Nesta fase o profissional enfermeiro define as intervenções necessárias para atender as demandas identificadas na fase diagnóstica, estabelecendo objetivos e estratégias de cuidado voltadas à promoção da saúde, prevenção de infecção pelo HIV e redução das vulnerabilidades identificadas durante a consulta.

No contexto da consulta de enfermagem para testagem do HIV na APS o planejamento deve contemplar ações que tenham como fundo orientador a prevenção combinada.

A partir dos diagnósticos identificados na etapa anterior, o enfermeiro define o plano de cuidados direcionado ao usuário que está sendo assistido.

A terceira etapa constitui um momento essencial para estruturar o cuidado, orientar a prática clínica do enfermeiro e garantir que as ações realizadas durante a consulta estejam alinhadas às necessidades identificadas e às diretrizes de prevenção e controle do HIV.

Como referência do planejamento apresenta-se o quadro 6 que trás planejamento com o diagnóstico levantado, resultado esperado e intervenção proposta.

Quadro 7 – Planejamento na consulta de enfermagem para testagem do HIV na APS

Diagnóstico de enfermagem (CIPE)	Objetivo / Resultado esperado	Intervenções planejadas
 Conhecimento sobre prevenção do HIV prejudicado	Usuário demonstra compreensão adequada sobre transmissão e prevenção do HIV.	Avaliar conhecimento prévio; realizar educação em saúde sobre HIV e IST; orientar sobre estratégias de prevenção.
 Comportamento sexual de risco	Usuário demonstra intenção de adotar práticas sexuais seguras.	Orientar uso correto e consistente de preservativos; discutir redução de riscos; ofertar preservativos.
 Ansiedade relacionada à realização da testagem	Redução da ansiedade e aceitação da realização do teste.	Realizar acolhimento; esclarecer dúvidas sobre o teste; explicar janela imunológica e procedimento.
 Vulnerabilidade à infecção pelo HIV	Redução da exposição ao HIV.	Avaliar exposição recente; orientar estratégias de prevenção; indicar realização de testagem.
 Adoção ao cuidado em saúde prejudicada	Usuário mantém vínculo e adesão ao acompanhamento.	Avaliar aceitação do encaminhamento e continuidade do cuidado; fortalecer vínculo e orientar retorno.
 Acesso aos serviços de saúde prejudicado	Usuário vinculado ao serviço de saúde.	Orientar sobre funcionamento da unidade; facilitar acesso à testagem e acompanhamento.
 Conhecimento prejudicado sobre testagem para HIV	Usuário compreende a importância da testagem.	Explicar finalidade do teste; orientar sobre periodicidade da testagem conforme risco.
 Risco de infecção por IST	Redução de comportamentos de risco e adesão à prevenção.	Avaliar necessidade de testagem para outras IST; orientar e conduzir manejo conforme protocolo.
 Necessidade de continuidade do cuidado	Plano de cuidado atualizado e adequado à situação do usuário.	Avaliar necessidade de retestagem, PrEP, PEP, imunização e encaminhamentos; readequar plano assistencial.

Diagnóstico de enfermagem (CIPE)	Objetivo / Resultado esperado	Intervenções planejadas
 Conhecimento prejudicado sobre estratégias biomédicas de prevenção	Usuário informado sobre PrEP e PEP	Orientar sobre profilaxia pré-exposição e pós-exposição; avaliar elegibilidade; planejar encaminhamento quando necessário
 Acesso aos serviços de saúde prejudicado	Usuário vinculado ao serviço de saúde	Orientar sobre funcionamento da unidade; facilitar acesso à testagem e acompanhamento
 Adesão ao cuidado em saúde prejudicada	Usuário demonstra intenção de manter acompanhamento em saúde	Fortalecer vínculo com a unidade de saúde; planejar acompanhamento e retorno quando necessário
 Conhecimento prejudicado sobre testagem para HIV	Usuário compreende a importância da testagem	Explicar finalidade do teste; orientar sobre periodicidade da testagem conforme risco

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

5.5- Quarta Etapa: Implementação de Enfermagem

Essa etapa corresponde à execução das intervenções planejadas na etapa anterior, sendo este o momento em que o enfermeiro realiza as ações necessárias para atender as demandas identificadas durante outras etapas da consulta.

No contexto da consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS, a etapa de implementação será apresentada nas seguintes fases: aconselhamento, realização do teste rápido, interpretação do resultado, aconselhamento pós-teste e definição das condutas subsequentes.

ACONSELHAMENTO

É um processo dialógico pautado na construção de vínculo, confiança e efeito pragmático. Trata-se de uma tecnologia leve, de cunho educativo e centrado no indivíduo, que se desenvolve de forma contínua ao longo da consulta⁽³¹⁾.

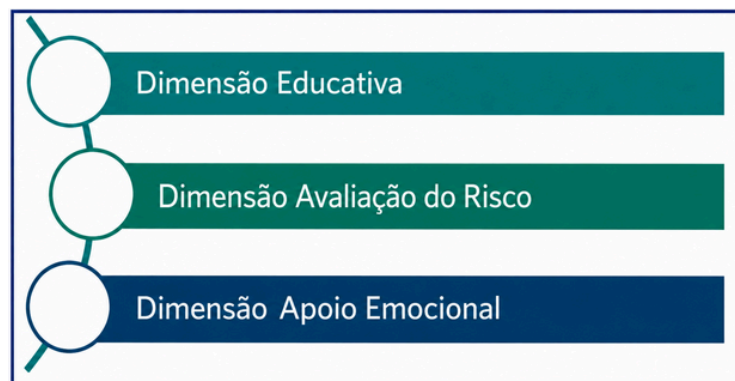
É um espaço de escuta, livre de julgamentos, que oportuniza uma avaliação de diferentes riscos, vulnerabilidades e potencialidades do usuário nas dimensões estrutural, comportamental e biomédica. Nesse sentido, o aconselhamento considera o gerenciamento de risco e deve ser construído com o usuário e para o mesmo. Deve ser flexível e sem obrigatoriedade.

O enfermeiro que realiza a consulta deve escutar o usuário, contribuir na avaliação das vulnerabilidades apresentadas e identificação de medidas preventivas e de redução de riscos e danos, oferecendo informação, suporte emocional e subsídios para a tomada de decisão informada.

Deste modo, o aconselhamento tem como objetivos:

- Avaliar percepção de riscos e vulnerabilidades;
- Identificar medidas preventivas viáveis;
- Apoiar para a adesão às intervenções de prevenção combinada
- Reduzir o impacto do diagnóstico reagente e favorecer a adesão ao tratamento;
- Apoiar a pessoa em situação de vulnerabilidade, articulando, quando necessário, com outros serviços para compartilhamento do cuidado;
- Auxiliar no processo de comunicação do status sorológico e incentivar a testagem das parcerias sexuais.

Figura 11 – As dimensões do aconselhamento



Fonte: Adaptação (32)

O aconselhamento organiza-se em três dimensões complementares:

Dimensão Educativa: envolve oferta de informações sobre HIV/Aids como: tecnologias de prevenção disponíveis, diagnóstico e tratamento.

Dimensão de Avaliação de Risco: contempla a identificação das vulnerabilidades e a análise da percepção individual de riscos.

Dimensão do Apoio Emocional: refere-se ao estabelecimento de vínculo e confiança, favorecendo o acolhimento e o enfrentamento de questões relacionadas ao diagnóstico e ao cuidado.

O processo de aconselhamento deve ser uma construção entre enfermeiro e usuário pois depende das necessidades individuais, considerando o contexto de vida, nível de compreensão e vulnerabilidades identificadas. Porém existem algumas questões que não podem deixar de ser abordadas no momento da consulta de enfermagem na testagem para o HIV. Esse temas são:

Quadro 7 – Aspectos essenciais a serem abordados no aconselhamento durante a consulta de enfermagem na testagem para o HIV.

MOMENTO DO ACONSELHAMENTO	ASPECTOS A SEREM ABORDADOS
Pré-teste	• Janela imunológica; • Possíveis resultados e seus significados; • Formas de transmissão, prevenção e tratamento do HIV; • Identificação de vulnerabilidades; • Rede de apoio emocional e social; • Estratégias de prevenção combinada.
Pós-teste – Resultado não reagente	• Reavaliação da janela imunológica; • Esclarecimento de que o resultado não confere imunidade; • Reforço das estratégias de prevenção combinada; • Redução de danos; • Fatores que influenciam a vulnerabilidade ao HIV.
Pós-teste – Resultado reagente	• Acolhimento emocional; • Esclarecimento sobre o diagnóstico; • Desconstrução de estigmas; • Informações sobre tratamento e I=I (Indetectável = Intransmissível); • Discussão sobre parcerias sexuais; • Prevenção combinada; • Apoio à comunicação do diagnóstico e vinculação ao cuidado.

Fonte: Pela autora, 2026..

O aconselhamento deve ocorrer de forma contínua ao longo da consulta de enfermagem, adaptando-se às necessidades, dúvidas e vulnerabilidades identificadas em cada usuário. Após essa etapa, procede-se à realização da testagem rápida para o HIV, observando os requisitos técnicos, organizacionais e assistenciais necessários para garantir a qualidade e a segurança do procedimento.

REALIZAÇÃO DO TESTE DE HIV

A realização do teste rápido para HIV deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde e os fluxogramas diagnósticos vigentes, e as normas de biossegurança aplicáveis. Além da execução técnica do procedimento, é fundamental assegurar condições organizacionais adequadas para a oferta da testagem, a confiabilidade dos resultados e a vinculação dos usuários ao cuidado.

Quadro 8 – Requisitos organizacionais e responsabilidades da equipe para a oferta da testagem rápida para o HIV.

REQUISITOS ORGANIZACIONAIS	RESPONSABILIDADES DA EQUIPE
Assegurar infraestrutura adequada para armazenamento dos insumos e realização da testagem rápida.	Realizar a testagem rápida conforme a legislação sanitária e as diretrizes nacionais vigentes.
Organizar o processo de trabalho para oferta, execução e disponibilização dos resultados.	Seguir corretamente os fluxogramas diagnósticos vigentes.
Garantir disponibilidade e rastreabilidade dos insumos utilizados.	Possuir capacitação específica para realização da testagem rápida.
Gerenciar estoques e registros relacionados ao processo de testagem.	Manter-se atualizada quanto às recomendações para diagnóstico e rastreamento das IST.
Participar dos processos de controle e avaliação da qualidade.	Assegurar a confiabilidade dos resultados e o adequado encaminhamento dos casos reagentes.
Implementar mecanismos de monitoramento da qualidade e registro de intercorrências.	Participar da Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR) e notificar queixas técnicas e intercorrências conforme normativas vigentes.

Fonte: Pela autora (2026)

Além dos aspectos técnicos relacionados à realização da testagem rápida, é fundamental que as equipes desenvolvam estratégias voltadas à ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, à redução de barreiras de acesso e ao fortalecimento da vinculação dos usuários à rede de atenção à saúde.

Quadro 9 – Estratégias para ampliação do acesso e vinculação ao cuidado na testagem para o HIV.

ESTRATÉGIA	APLICAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL
Ações extramuros	Realizar atividades em espaços comunitários, instituições e territórios prioritários para ampliar o acesso à testagem rápida e aos autotestes de HIV.
Articulação da rede de atenção	Garantir integração com serviços de apoio laboratorial, serviços de referência e contrarreferência, favorecendo a continuidade do cuidado.
Oferta do autoteste de HIV	Disponibilizar e orientar o uso do autoteste de HIV, esclarecendo sua finalidade como método de triagem e orientando sobre as condutas após o resultado.
Vinculação de usuários com autoteste reagente	Atender de forma prioritária indivíduos que relatem resultado reagente no autoteste, garantindo confirmação diagnóstica, acolhimento e vinculação oportuna à rede de atenção.

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

Uma vez asseguradas as condições organizacionais, assistenciais e de acesso à testagem, o enfermeiro deve conhecer os métodos diagnósticos disponíveis e os procedimentos necessários para a realização segura e confiável do teste rápido para HIV. Além da testagem rápida realizada nos serviços de saúde, o autoteste para HIV constitui uma importante estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico. Para garantir a qualidade e a segurança do processo, os profissionais envolvidos devem possuir capacitação específica e atualização permanente quanto às recomendações vigentes. Para fins de sistematização deste protocolo, a execução da testagem foi organizada em três momentos: pré-teste, testagem e pós-teste.



Fonte: (34)



Fonte: (35)

Para fins de sistematização deste protocolo, a execução da testagem para o HIV foi organizada em três seções interdependentes.

Figura 12 – Organização das etapas da execução da testagem para o HIV.



Fonte: Adaptação (35)

PRÉ-TESTE

Quem pode executar testes rápidos?

Qualquer profissional de saúde desde que capacitado e não impedido pelo seu Conselho de Classe.

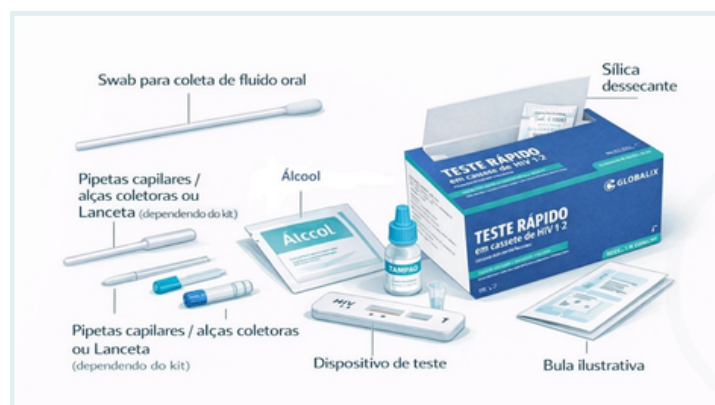
Essa capacitação pode ser realizada de forma presencial ou a distância. Os cursos são gratuitos e tem certificado. O Ministério da Saúde disponibiliza curso EAD, gratuito e com emissão de certificado.

Apesar de qualquer profissional de saúde capacitado poder executar os testes rápidos, a emissão do laudo e supervisão da equipe são de responsabilidade dos profissionais de saúde de nível superior habilitados pelos seus respectivos conselhos regionais de classe profissional.

A gestão local oferta capacitação na modalidade prática e/ou acompanhamento da rotina de execução dos testes rápidos para o HIV.

O que compõe um Kit de teste rápido de HIV?

O Kit é um conjunto diagnóstico que contém:



Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Recomenda-se utilizar o kit somente até a data de validade do kit, que é considerada aquela descrita na embalagem. Não usar os insumos de lotes de kits diferentes. Recomenda-se estocagem do kit de 2° a 30° C.

Como armazenar testes rápidos?



Não congelar qualquer componente do kit



Proteger da ação da umidade



Não expor ao sol



Conservar na faixa de temperatura que está expressa na bula de cada fabricante, preferencialmente em sala climatizada ou alternativamente em caixa térmica, isopor ou geladeira



Manter os envelopes contendo os dispositivos de teste lacrados até o momento da utilização

Fonte: Adaptação (35).

É recomendada a utilização de termômetros de máxima e mínima nos locais onde os testes são armazenados e onde são realizados;

O modelo de planilha de registro e monitoramento periódico de temperaturas de armazenamento deve ser o mesmo utilizado na rede de frio.

Quais dos dados registrar para garantir a rastreabilidade do processo de testagem rápida?

Conforme recomendado pela RDC nº 978/2025 ⁽³⁶⁾ é necessário garantir a rastreabilidade de todo o processo de testagem rápida. Desta forma, o serviço deve registrar em documento físico e/ou eletrônico:

1- Dados do recebimento dos kits, como: número do lote, guia de remessa do Ministério da Saúde, data da emissão da guia e do recebimento do insumo.

Atenção: o número de lote a ser registrado é o que está presente na embalagem externa/ secundária (na caixa do kit)

2- Dados de identificação do usuário testado, data da execução do teste, tipo do teste utilizado, lote e data de validade do kit utilizado e a rubrica do profissional executor e que emitiu o laudo, de forma a assegurar a proteção às informações do paciente e de acordo com a lei 11.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)⁽³⁷⁾.

Visando padronizar o registro de testes recebidos e utilizados por todas as unidades, foi criado um instrumento que encontra-se no apêndice 7.

Como organizar a área de trabalho?

IMPORTANTE! Deve ser realizada a leitura da bula SEMPRE quando receber um kit novo.

Não é necessário reservar sala exclusiva para a testagem rápida. Entretanto a mesma deve dispor, minimamente, de ventilação natural ou sistema de climatização e iluminação suficiente para execução, leitura e interpretação dos resultados. A sala deve ainda ser reservada, garantindo privacidade, sigilo e confidencialidade das informações prestadas pelo usuário. Se o responsável por qualquer etapa da testagem utiliza óculos ou outras lentes de apoio à visão, deverá garantir seu uso.

É importante dispor de todos os materiais necessários para a execução dos testes.



Fonte: Adaptação (35).

IMPORTANTE! Cada teste utiliza volume diferente de sangue, portanto, cada conjunto diagnóstico disponibiliza uma pipeta específica que permite coletar o volume correto



Fonte: Adaptação (35).

PRÉ-TESTE

O que perguntar e informar ao usuário no momento do Aconselhamento Pré-teste?



Este é o momento do (a) usuário (a) tirar suas dúvidas.

O enfermeiro deve receber o usuário cordialmente e perguntá-lo sob a forma como deseja ser chamado. A pessoa deve sentir-se confortável para esclarecer suas dúvidas sobre os procedimentos e eventuais encaminhamentos.

O enfermeiro deve reafirmar o caráter voluntário da testagem e esclarecer que o atendimento é sigiloso. E deve assegurar a privacidade do(a) usuário (a) durante a abordagem e o procedimento da testagem.



ORIENTAÇÃO IMPORTANTE

A apresentação de documento de identificação não deve ser critério para oferta da testagem rápida.

NA AUSÊNCIA DO DOCUMENTO:

- Informar o resultado verbalmente ao usuário.
- Registrar no laudo com a seguinte observação:

“ Usuário não apresentou documento de identificação com foto”.

Neste momento também é importante esclarecer sobre como será feita a coleta da amostra, como funciona o teste e quanto tempo levará até ser possível interpretar o resultado. O enfermeiro deve explicar ao usuário que, embora o nome dado ao teste seja “teste rápido” existem etapas importantes que fazem parte do processo que o tornam mais longo como por exemplo o procedimento do aconselhamento. O teste é considerado rápido se for comparado com o fluxo de execução de um teste de triagem laboratorial como a metodologia do *elisa* ou *western blot*.

O enfermeiro deve ser capaz de, durante a avaliação de enfermagem, identificar as populações-chave, que são aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV, quando comparadas à população geral, e as populações prioritárias, que têm suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade. Além disso, precisa identificar qual foi a motivação para a pessoa buscar a testagem rápida, verifique o histórico de testagens prévias e o motivo das mesmas (se houve exposição recente ao HIV, resultado reagente em autoteste, entre outros).

Em caso de relato de autoteste reagente, priorizar que no mesmo atendimento seja realizado fluxograma completo para o diagnóstico de HIV para evitar a perda do usuário. O enfermeiro deve atentar-se para oferecer as opções de prevenção combinada presentes na mandala (ex: PEP e PrEP), de acordo com as necessidades de cada usuário.

Quadro 10 – Situações que requerem atenção durante a etapa pré-teste

Situação identificada	Conduta recomendada
Exposição de risco recente	Avaliar possibilidade de janela imunológica e orientar retorno para nova testagem quando indicado.
Suspeita de infecção recente	Considerar necessidade de retestagem, mesmo diante de resultado inicial não reagente.
Vacinação recente (H1N1, hepatite B, tétano ou raiva)	Orientar sobre a possibilidade de interferência nos resultados, conforme informações do fabricante.
Mulher cis ou homem trans em idade reprodutiva	Investigar gestação atual ou recente e histórico de pré-natal.
Resultado reagente em autoteste	Priorizar atendimento, confirmação diagnóstica e vinculação ao cuidado.

Fonte: Pela autora, 2026.



JANELA IMUNOLÓGICA

Janela imunológica é o período entre a infecção e a produção de anticorpos pelo organismo em uma quantidade suficiente para serem detectados pelos testes.

Na maioria dos casos, a duração da janela imunológica é de 30 dias, porém esse período pode variar, dependendo da reação do organismo do indivíduo frente à infecção e do tipo de teste utilizado e a sensibilidade do teste.

Se um teste para detecção de anticorpos é realizado durante o período da janela imunológica, há possibilidade de obtenção de um resultado não reagente, mesmo que a pessoa esteja infectada. Dessa forma, recomenda-se que, nos casos de testes com resultados não reagentes em que permaneça a suspeita de infecção, a testagem seja repetida após 30 dias com a coleta de nova amostra.

NO CONTEXTO DO ACONSELHAMENTO O ENFERMEIRO DEVE:

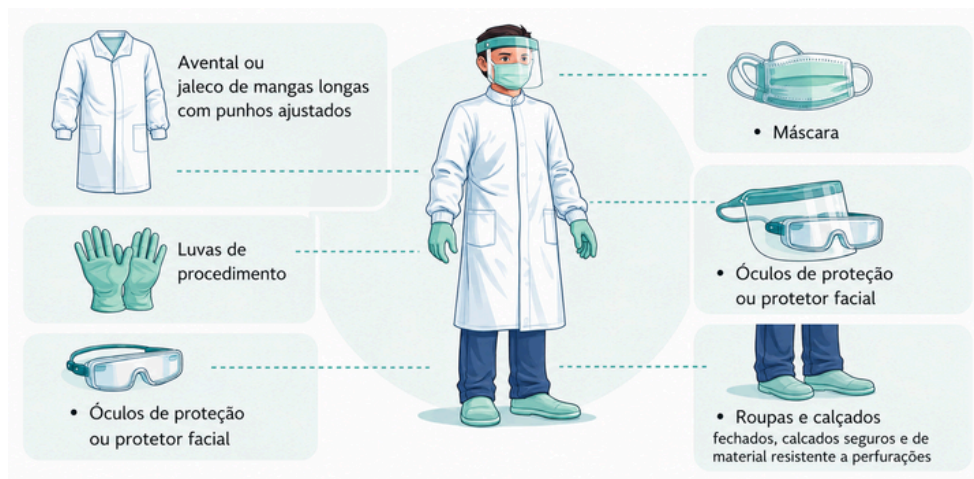
- Esclarecer que, diante de um resultado reagente, poderão ser necessários testes complementares para conclusão diagnóstica, conforme os fluxogramas vigentes do Ministério da Saúde.
- Informar sobre a disponibilidade e o acesso ao tratamento antirretroviral ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- Reforçar as medidas de prevenção da transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).
- Orientar sobre a importância da testagem das parcerias sexuais, convidando para a realização do diagnóstico precoce, o acesso oportuno ao tratamento e a interrupção da cadeia de transmissão.
- Acolher o usuário de forma ética, empática e livre de julgamentos diante do resultado reagente.
- Realizar os encaminhamentos necessários para garantir a vinculação e a adesão ao serviço de saúde e a efetivação do acompanhamento e do tratamento, quando indicado.

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

TESTAGEM

Quais são as principais etapas e cuidados na testagem rápida?

Quais os EPIs devem ser utilizados na testagem rápida?



Fonte: Adaptação (35).

Existe o risco de contaminação com agentes infecciosos em todos os locais onde é feita a coleta de sangue. Portanto, é imprescindível utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI). Neste caso, os EPIs necessários são: avental ou jaleco de comprimento abaixo dos joelhos, com mangas longas, sistema de fechamento nos punhos por elástico ou sanfona e fechamento até a altura do pescoço; Luvas descartáveis; máscara; óculos ou protetor facial; roupas e calçados que cubram completamente pernas e pés.

Abrir o dispositivo imediatamente antes do uso



Abra a embalagem do dispositivo de teste a ser executado apenas no momento da testagem e identifique-o com as iniciais da pessoa.

PROCEDIMENTO



1 - Antes de iniciar a coleta, sempre que possível, peça para o usuário higienizar as mãos.



2 - Se a mão do usuário estiver muito fria, faça uma massagem delicada no sentido do punho para a ponta dos dedos.



3 - Escolha preferencialmente a ponta do dedo médio, anelar ou indicador e faça a punção



4 - Evite a presença de bolhas de ar na pipeta coletora, pois elas alteram o volume da amostra. Se isso ocorrer, despreze essa amostra e faça a coleta de nova amostra como nova pipeta do mesmo kit.



5 - Aplique a amostra no poço do dispositivo de teste indicado e coloque o tampão imediatamente no ângulo de 90°. Use o tampão específico do teste que está sendo utilizado.



6 - Não ultrapassar o tempo de leitura recomendado pelo fabricante de cada kit.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Todos os dispositivos possuem minimamente, as letras C e T na janela de leitura, que referenciam, respectivamente, CONTROLE e TESTE.

	Resultado reagente: quando aparecerem a linha colorida do controle (C) e a linha colorida na área de teste (T) em qualquer intensidade de cor, considerar resultado reagente.
	Resultado não reagente: quando aparecer somente a linha colorida do controle (C), considerar resultado não reagente.
	Teste inválido: O teste rápido inclui um sistema de controle interno de migração, representado por uma linha colorida, que aparece na área de controle (C), essa linha confirma que o resultado obtido é válido. Se a linha de controle (C) não aparecer dentro da faixa de leitura recomendada pelo fabricante, o teste é considerado inválido, mesmo que a linha colorida apareça na área de teste (T).
	Algumas das causas prováveis para a invalidação dos testes ou resultados falsos (falso reagente e falso não reagente) podem ser: armazenamento inadequado dos kits, volume insuficiente de amostra, volume incorreto de diluente e execução incorreta do teste.

Fonte: Adaptação (35).

5.6 - Quinta Etapa: Evolução de Enfermagem

Nesta etapa o enfermeiro irá realizar a avaliação dos resultados alcançados a partir da implementação das intervenções na etapa anterior. Ela permite ao profissional a análise e revisão de todo o processo de enfermagem aplicado em cada caso. Por isso, é considerada uma das fases mais complexas e críticas do Processo de Enfermagem, representando o momento de julgamento clínico sobre a efetividade do cuidado prestado, sendo fundamental para a tomada de decisão e readequação do plano assistencial^(3, 38,39).

Na consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS a evolução assume caráter ampliado, ultrapassando a análise de parâmetros somente biológicos e incorporando as dimensões cognitivas, comportamentais, emocionais e sociais do indivíduo. Essa abordagem ampliada está alinhada aos princípios da integralidade, longitudinalidade e centralidade no usuário, sendo essencial para a efetividade das ações de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado contínuo.

Quadro 11 – Aspectos a serem avaliados na etapa de Evolução de Enfermagem

DIMENSÃO AVALIADA	ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS
Compreensão das informações	Compreensão das formas de transmissão do HIV, estratégias de prevenção combinada, significado dos resultados dos testes e conceito de janela imunológica.
Mudanças comportamentais	Adoção das estratégias de prevenção pactuadas, redução de vulnerabilidades e adesão às medidas preventivas.
Aspectos emocionais	Capacidade de enfrentamento do resultado, presença de sofrimento psíquico, necessidade de apoio emocional ou encaminhamento especializado.
Vinculação ao cuidado	Comparecimento aos retornos programados, aceitação dos encaminhamentos realizados e manutenção do vínculo com os serviços de saúde.
Necessidade de readequação do plano de cuidados	Identificação de novas demandas, necessidade de retestagem, indicação de PrEP, PEP, imunização ou outros encaminhamentos.

Fonte: Pela autora, 2026.

Uma abordagem acolhedora, empática e voltada para as necessidades do usuário é essencial em todos os atendimentos. É fundamental diante de resultados reagentes, favorecendo vínculo, adesão ao cuidado e retenção ao tratamento e acompanhamento do HIV.

O enfermeiro deve analisar criticamente e avaliar se as intervenções realizadas foram adequadas considerando:

- A clareza e adequação da comunicação com o usuário (muitas vezes, o que é claro para você, não é claro para o usuário);
- A individualização das orientações (conforme as necessidades do usuário, grau de entendimento, escolaridade, nível de compreensão);
- Adequação cultural e social das abordagens.



Quando necessário, as estratégias devem ser reformuladas, garantindo cuidado centrado no usuários e baseado em evidências científicas.

Em continuidade ao processo, o enfermeiro deverá avaliar também a necessidade de continuidade do cuidado, que contempla retestagem em função de janela imunológica ou situações diversas de exposição, encaminhamentos para serviços especializados, inclusão de estratégias de prevenção no plano de cuidados (PEP, PREP, imunização, etc).

Essa análise reforça a integração da APS com a rede de atenção à saúde e a continuidade do cuidado.

A etapa de avaliação deverá ser integrada com a CIPE® permitindo qualificar o registro, padronizar a linguagem profissional e mensurar os resultados do cuidado de forma sistemática.

Quadro 12 – Evolução de Enfermagem na Testagem para HIV na APS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPE®)	RESULTADO ESPERADO/ AVALIAÇÃO	INTERVENÇÕES NA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO E READEQUAÇÃO)
 Conhecimento sobre prevenção do HIV prejudicado	Usuário demonstra compreensão adequada sobre transmissão e prevenção do HIV	Avaliar compreensão sobre transmissão prevenção combinada e janela imunológica; reforçar orientações quando necessário
 Comportamento sexual de risco	Usuário demonstra adoção ou intenção de práticas sexuais seguras	Avaliar mudanças comportamentais; reforçar estratégias de prevenção (preservativos, PrEP, PEP); readequar plano conforme necessidade
 Ansiedade relacionada à realização da testagem	Redução da ansiedade e melhor enfrentamento da situação	Avaliar estado emocional; oferecer apoio emocional; encaminhar quando necessário
 Vulnerabilidade à infecção pelo HIV	Usuário reconhece vulnerabilidades e estratégias de prevenção	Avaliar percepção de risco; reforçar medidas de prevenção; ajustar plano de cuidados
 Adesão ao cuidado em saúde prejudicada	Usuário mantém vínculo e adesão ao acompanhamento	Avaliar aceitação do encaminhamento e continuidade do cuidado; fortalecer vínculo e orientar retorno
 Acesso aos serviços de saúde prejudicado	Usuário vinculado e utilizando os serviços de saúde	Verificar dificuldades de acesso; facilitar encaminhamentos e organização do cuidado
 Conhecimento prejudicado sobre testagem para HIV	Usuário compreende significado dos resultados e importância da testagem	Avaliar entendimento dos resultados; reforçar orientações e necessidade de retestagem quando indicado
 Risco de infecção por IST	Redução de comportamentos de risco e adesão à prevenção	Avaliar necessidade de testagem para outras IST; orientar e conduzir manejo conforme protocolo
 Necessidade de continuidade do cuidado	Plano de cuidado atualizado e adequado à situação do usuário	Avaliar necessidade de retestagem, PrEP, PEP, imunização e encaminhamentos; readequar plano assistencial

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do *ChatGPT* (OpenAI, 2026).

A avaliação desses resultados permite verificar se os objetivos do cuidado foram alcançados e sustenta a tomada de decisão clínica e readequação do plano de cuidados quando necessário.

Além da função assistencial da etapa de evolução, existe o papel fundamental de qualificação do cuidado, na medida em que, o processo avaliativo permite identificar fragilidades no processo assistencial e subsidiar melhorias nos processos e práticas em saúde.

No contexto da APS, esta etapa contribui para o fortalecimento do vínculo profissional-usuários; promoção do cuidado centrado na pessoa; ampliação da autonomia do usuário; efetividade das ações de prevenção do HIV.

6 - Registros, Notificação e Aspectos Ético-Legais

A consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS envolve responsabilidades técnicas, legais e éticas que exigem rigor na documentação, sigilo das informações e cumprimento de normativas vigentes. Os registros, a notificação compulsória e os aspectos éticos-legais constituem pilares fundamentais para a qualidade da assistência, a segurança do usuário e o respaldo profissional.

6.1 - Registros de Enfermagem

Os registros são elementos essenciais na sistematização da assistência e devem refletir, de forma clara e objetiva, cronológica e fidedigna, todas as etapas do cuidado prestado. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução nº 358/2009⁽¹⁰⁾, o Processo de Enfermagem deve ser formalmente documentado no prontuário do paciente, garantindo a continuidade da assistência e a comunicação entre os membros da equipe.

Considerando o exposto, o instrumento para consulta de enfermagem em testagem para o HIV na APS (apêndice 5) deverá ser anexado ao prontuário do usuário.

Em complementação a esse documento, a resolução COFEN nº 429/2011⁽⁴⁰⁾ estabelece que os registros devem conter informações completas, legíveis, sem rasuras e com identificação do profissional, incluindo nome categoria e número de inscrição do conselho profissional. Para o registro da consulta de enfermagem na testagem para HIV na APS deve-se utilizar o instrumento (apêndice 5).

6.2- Notificação

A notificação compulsória das infecções relacionadas ao HIV no Brasil ocorreu de forma progressiva. Inicialmente, apenas os casos de Aids eram de notificação compulsória a partir

da sua inclusão na lista nacional de doenças de notificação compulsória em 1986. A infecção pelo HIV somente foi incluída na lista nacional em 2016.

Em 2017, através da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 ⁽⁴¹⁾, houve a manutenção da obrigatoriedade de notificação dos casos de infecção pelo HIV, Aids, gestantes vivendo com HIV e crianças expostas ao HIV.

A inclusão da infecção pelo HIV como agravo de notificação compulsória possibilitou a identificação e registro precoce de casos, o monitoramento da cadeia de transmissão, o planejamento de ações de prevenção, o acompanhamento dos usuários e ampliação do acesso ao tratamento oportuno da infecção.

A notificação compulsória segue os princípios do sigilo e não configura quebra deste, uma vez que está amparada por legislação específica. Sendo um dever legal dos profissionais de saúde e um instrumento para vigilância epidemiológica no Brasil.

A legislação estabelece que a notificação é obrigatória em serviços públicos e privados e deve ser realizada por todos os profissionais de saúde no exercício de suas funções, não sendo função exclusiva do enfermeiro.

O não cumprimento da notificação compulsória pode acarretar responsabilização administrativa, ética e sanitária, conforme previsto na legislação vigente, uma vez que compromete o monitoramento epidemiológico do agravo e a implementação de políticas públicas de saúde.

A notificação é realizada através do preenchimento da Ficha de notificação/investigação AIDS (Pacientes menores que 13 anos) e Ficha de notificação / Investigação AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais) (Anexo 2; 3).

No caso de gestantes, a ficha a ser preenchida será a Ficha de Investigação Gestante HIV +. Essa deverá ser preenchida a cada gestação (Anexo 4).

No caso de crianças expostas a ficha será a Ficha de notificação/ Investigação criança exposta ao HIV (Anexo 5).

6.3- Aspectos Éticos e Legais

A consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS está respaldada por um conjunto de dispositivos legais e éticos que regulamentam o exercício profissional, a organização do cuidado e a proteção dos direitos do usuário. Esses aspectos garantem a segurança jurídica do enfermeiro, a qualidade da assistência prestada e o respeito aos princípios reguladores do SUS.

A atuação do enfermeiro na realização da consulta de enfermagem na testagem para o HIV é legalmente respaldada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil⁽²²⁾.

A obrigatoriedade da implementação do Processo de Enfermagem está estabelecida pela Resolução nº 736/2024 do COFEN⁽²³⁾, que define sua aplicação em todos os ambientes

onde ocorre o cuidado profissional.

ATENÇÃO – CONSENTIMENTO NA TESTAGEM PARA HIV

A realização do teste para HIV deve respeitar o princípio da autonomia do usuário, sendo obrigatória a obtenção do **consentimento livre e esclarecido**.



ATENÇÃO: A realização do teste sem o **consentimento** pode configurar **infração ética e violação de direitos**.

Ainda que existam diretrizes éticas e normativas que asseguram o respeito à autonomia do usuário, observa-se que, em alguns serviços de saúde, a testagem para o HIV ainda ocorre sem a devida ciência e consentimento da pessoa. Essa prática configura violação dos princípios éticos fundamentais que norteiam a assistência em saúde, especialmente no que se refere ao respeito à autonomia, à confidencialidade e aos direitos humanos.

A realização do teste deve estar condicionada à obtenção do consentimento livre e esclarecido, garantindo que o usuário tenha acesso a informações claras, compreensíveis e suficientes sobre o procedimento, seus objetivos, implicações e possíveis desdobramentos.

A ausência desse processo compromete a qualidade do cuidado, fragiliza o vínculo entre profissional e usuário e pode gerar repercussões éticas e legais para os profissionais e serviços envolvidos.

Nesse contexto, reforça-se a importância da atuação do enfermeiro na condução ética da testagem, assegurando práticas acolhedoras, baseadas no respeito, na escuta qualificada e na garantia dos direitos dos usuários, conforme preconizado pelas diretrizes nacionais e internacionais de enfrentamento ao HIV.

7- Fluxogramas Operacionais do Atendimento

A utilização dos fluxogramas operacionais dentro do protocolo para organização da assistência à saúde constitui importante estratégia para padronização dos processos, qualificação do cuidado e fortalecimento da tomada de decisão clínica baseada em evidências. Deste modo, são ferramentas primordiais para sistematizar o processo de trabalho e garantir a eficácia e integralidade do cuidado^(26,42,43).

No contexto da enfermagem os fluxogramas são tecnologias assistenciais que favorecem a operacionalização do Processo de Enfermagem, permitindo a organização das etapas do cuidado. Sua utilização está alinhada às diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem que preconiza a sistematização da assistência e o uso de instrumentos que qualifiquem o cuidado e promovam a segurança do usuário⁽³⁾. Além do exposto, os fluxogramas favorecem a integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e consolidam a linha de

cuidado do HIV e surgem como instrumentos pedagógicos, facilitando capacitação das equipes, padronização de práticas e monitoramento das ações desenvolvidas.

A sua utilização justifica-se como estratégia para qualificar a consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS, promovendo cuidado organizado, resolutivo, seguro e centrado no usuário.

Para facilitar a utilização deste protocolo, foram elaborados quatro fluxogramas operacionais, cada um com uma finalidade específica:

Fluxograma 1- Consulta de Enfermagem na Testagem para o HIV: apresenta o flux geral da consulta, desde o acolhimento até as condutas decorrentes dos resultados da testagem.

Fluxograma 2: Conduta do enfermeiro diante dos resultados da testagem para o HIV: orienta a tomada de decisão clínica conforme os diferentes resultados obtidos na testagem.

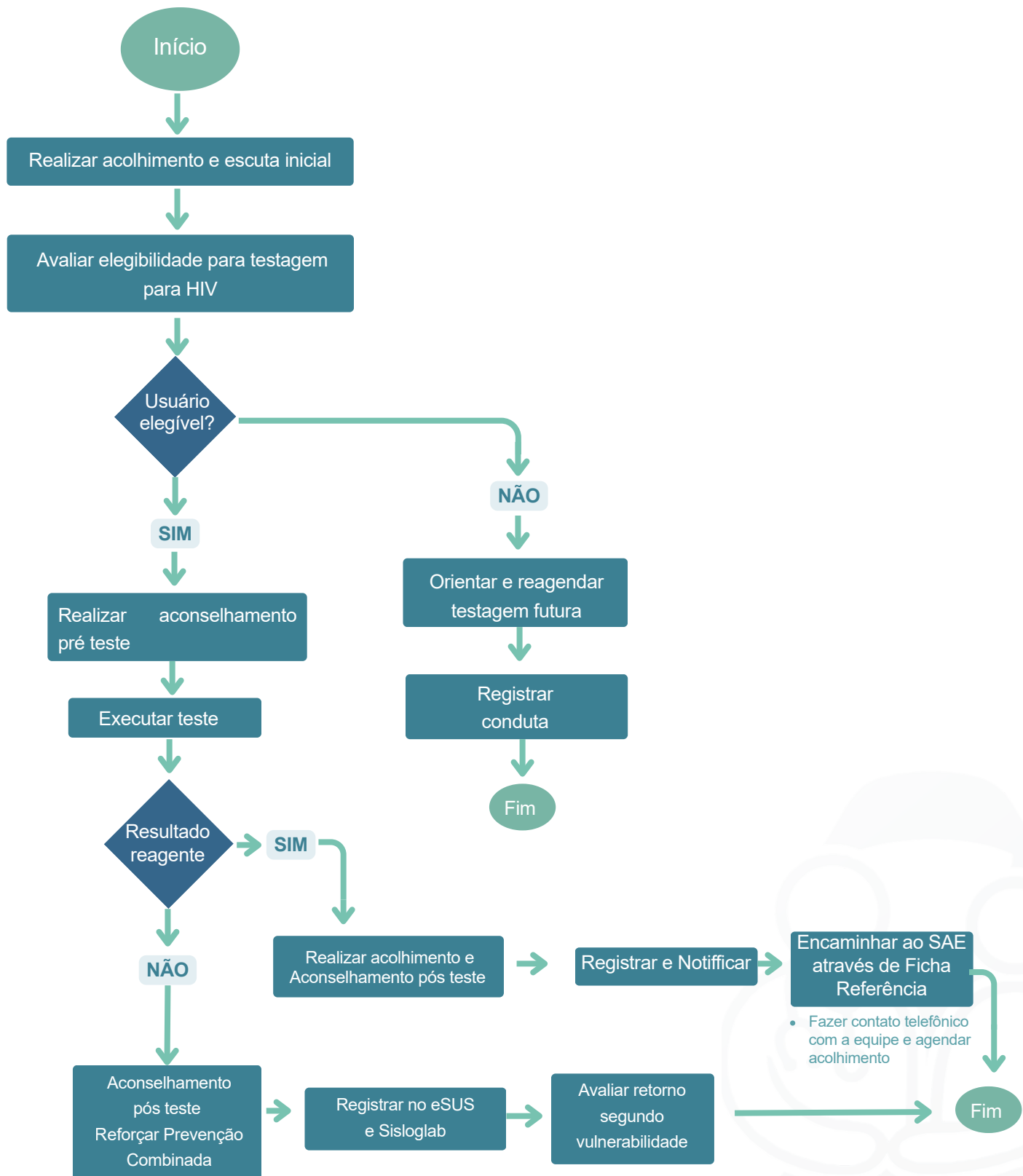
Fluxograma 3: Encaminhamento da APS para o SAE: descreve o fluxo de encaminhamento dos usuários com resultado reagente para o SAE.

Fluxograma 4: Linha de Cuidado do HIV - APS - SAE: apresenta a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção, destacando o papel da APS e do SAE na continuidade do cuidado.

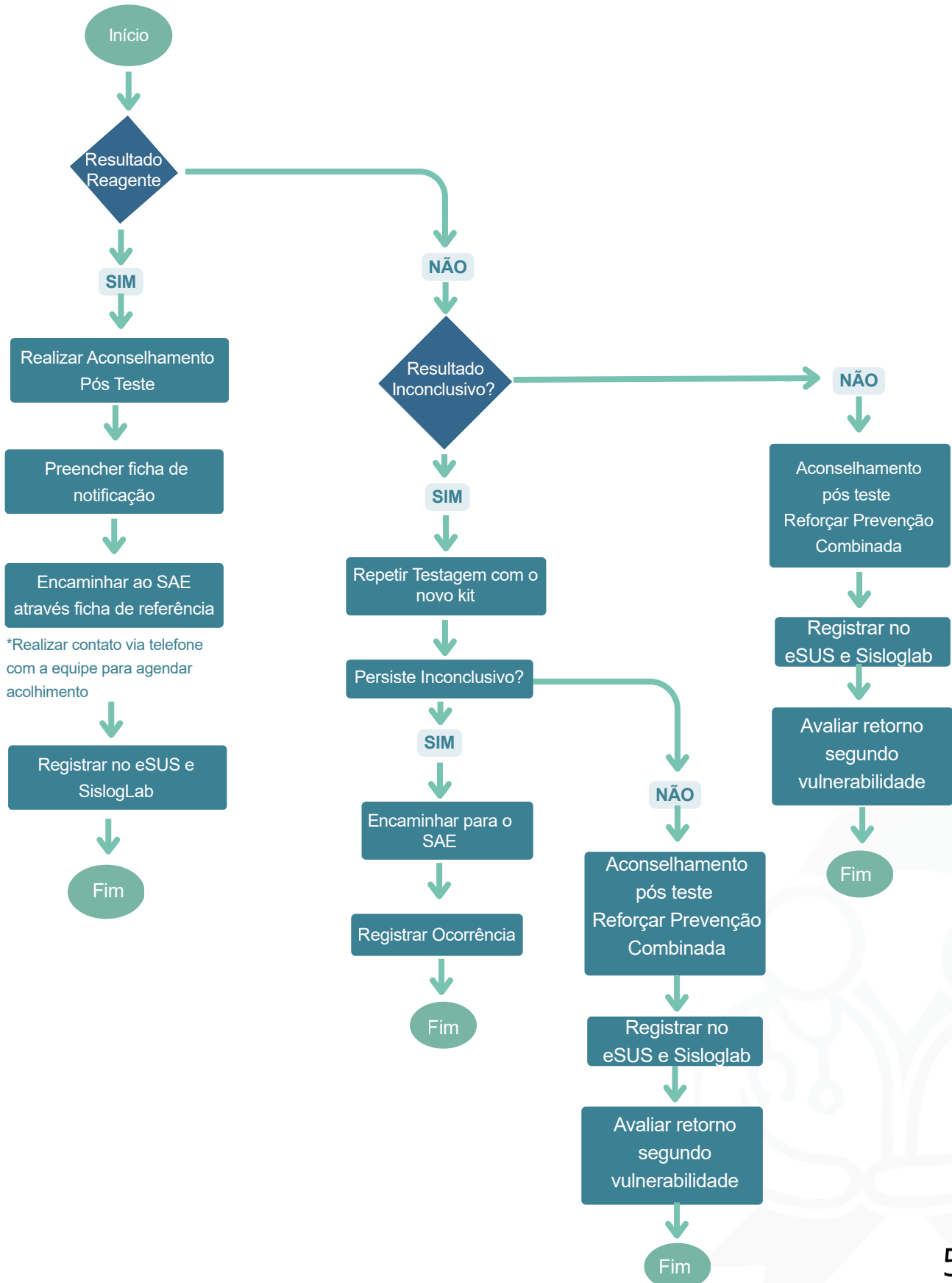
A seguir apresentam-se os fluxogramas operacionais elaborados para a organização da consulta de enfermagem na testagem para o HIV na APS.



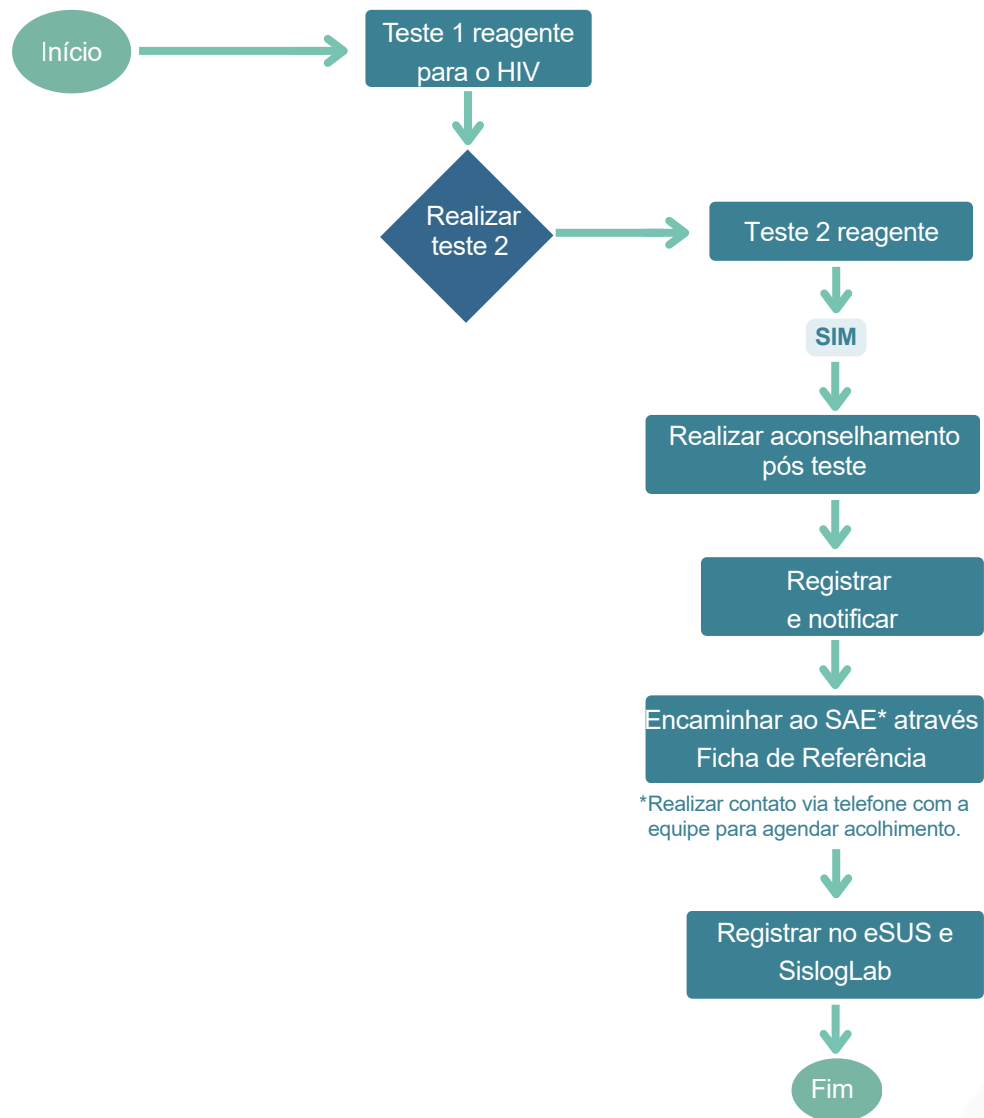
7.1- Fluxograma 1 - Consulta de Enfermagem em Testagem para o HIV



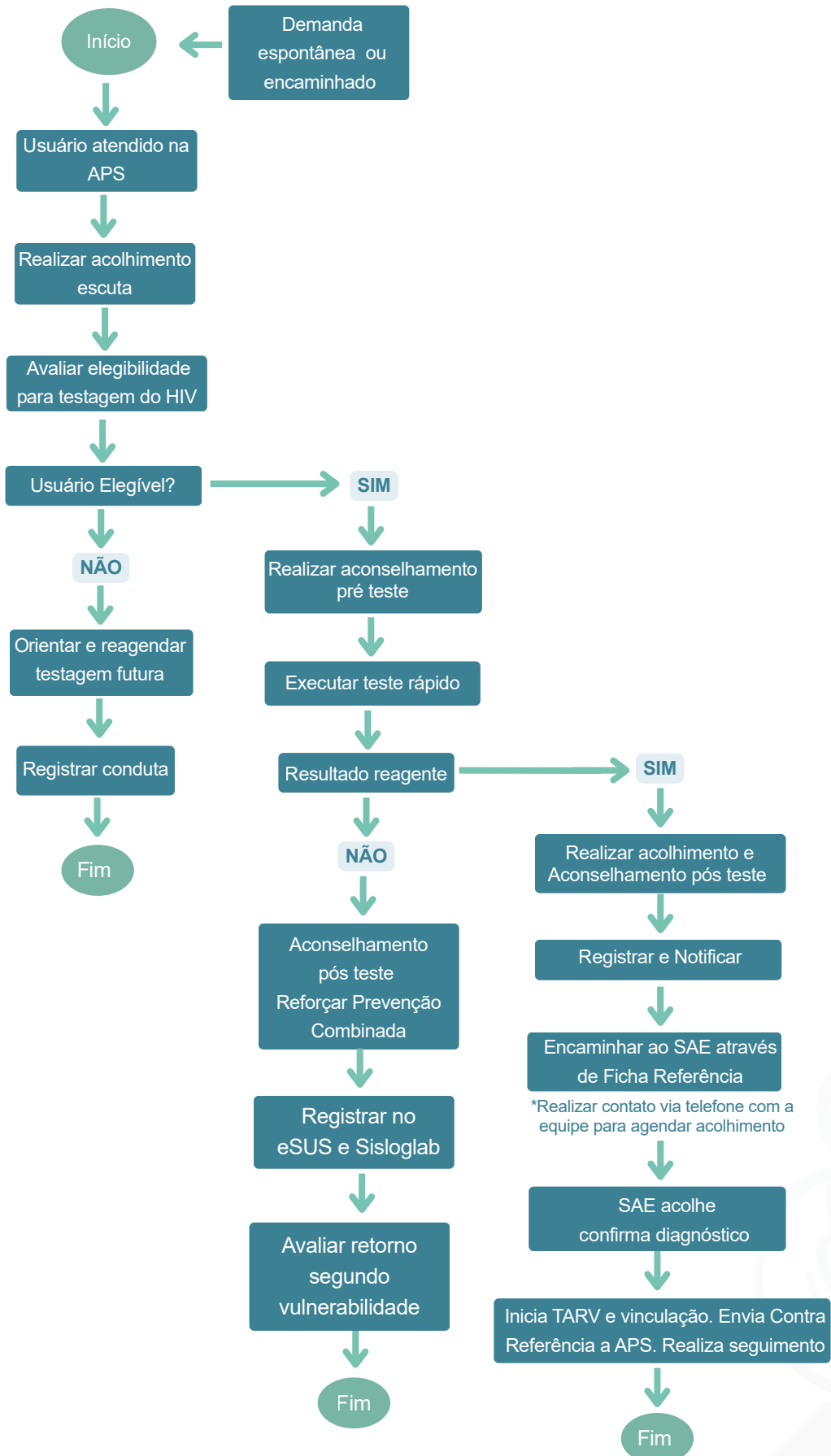
7.2- Fluxograma 2 - Conduta do enfermeiro diante dos resultados na testagem para o HIV



7.3- Fluxograma 3 - Encaminhamento da APS para o SAE



7.4- Fluxograma 4 - Linha de Cuidado do HIV ← APS → SAE



8- Plano de implementação e avaliação

A implementação deste protocolo requer a consideração de elementos essenciais para o seu êxito, tais como planejamento estruturado, definição de estratégias organizadas e estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua, de modo a garantir sua efetividade, adesão dos profissionais e impacto na qualidade do cuidado prestado.

Nesse sentido, o presente plano está organizado em duas dimensões interdependentes: estratégias de implementação e estratégias de avaliação, ambas inseridas na fase 2 do estudo.

Quadro 13 – Aspectos Essenciais do Protocolo.

 1. MARCO TEÓRICO E REFERENCIAL CONCEITUAL	 2. METODOLOGIA DA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	 3. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS UTILIZADAS	 4. RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E APLICAÇÃO
O protocolo é sustentado por referenciais teóricos e diretrizes que orientam a prática da Consulta de Enfermagem em testagem para o HIV na APS. Bases que fundamentam o protocolo: ✓ Processo de Enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024) ✓ Prevenção combinada do HIV ✓ Direitos humanos, equidade e redução do estigma ✓ Atenção centrada na pessoa e vínculo terapêutico ✓ Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ✓ Diretrizes nacionais e internacionais sobre HIV/IST e APS	Processo sistemático e transparente que garante qualidade, confiabilidade e reprodutibilidade do protocolo. Etapas metodológicas realizadas: ✓ Levantamento de evidências científicas em bases de dados nacionais e internacionais ✓ Seleção e análise crítica das evidências (últimos 10 anos) ✓ Integração de diretrizes, normativas e documentos técnicos ✓ Delphi com especialistas para validação de conteúdo ✓ Validação preliminar com enfermeiros da APS ✓ Revisão por pareceristas especialistas ✓ Ajustes finais e aprovação da versão final do protocolo	Evidências atualizadas e de qualidade que embasam as recomendações do protocolo. Principais fontes de evidência: ✓ Diretrizes do Ministério da Saúde, OMS, UNAIDS e outras instituições nacionais e internacionais ✓ Revisões sistemáticas e meta-análises ✓ Ensaios clínicos e estudos observacionais relevantes ✓ Estudos sobre implementação e qualificação da prática na APS ✓ Produções científicas em enfermagem e saúde coletiva	O protocolo contribui para o avanço do conhecimento e qualificação da prática profissional e do cuidado em saúde. Contribuições do protocolo: ✓ Organiza e padroniza a Consulta de Enfermagem em testagem para o HIV na APS ✓ Promove cuidados baseados em evidências e centrados na pessoa ✓ Fortalece a tomada de decisão clínica e o raciocínio do enfermeiro ✓ Favorece a implementação de práticas efetivas e sustentáveis ✓ Gera subsídios para pesquisa, formação e educação permanente

Fonte: Figura elaborada pela autora com apoio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

8.1- Estratégias de Implementação

A implementação deste protocolo compreende sua incorporação à rotina dos serviços de Atenção Primária à Saúde, incluindo a capacitação dos profissionais envolvidos, a apresentação dos fluxos operacionais, a disponibilização dos instrumentos de apoio e o acompanhamento inicial do processo de utilização. Essa etapa visa favorecer a adoção do protocolo pelos profissionais e sua integração ao processo de trabalho das equipes.

8.2- Estratégias de Avaliação

A avaliação deste protocolo deverá ocorrer de forma contínua, contemplando o monitoramento de sua utilização, a identificação de potencialidades e fragilidades no processo de trabalho e a análise dos resultados assistenciais alcançados. Esse processo permitirá identificar necessidades de ajustes, aperfeiçoar a aplicação do protocolo e subsidiar sua consolidação na prática assistencial.



9- Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília: COFEN; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: estruturação, elaboração e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. World Health Organization (WHO). Guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO; 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para organização dos serviços de saúde para o manejo da infecção pelo HIV na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS strategy 2021–2026: end inequalities, end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
8. Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE®): versão 2019. Genebra: ICN; 2019.
9. Garcia TR, Nóbrega MML. Classificação internacional para a prática de enfermagem: aplicação na prática clínica. João Pessoa: Ideia; 2013.
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.
11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
14. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: WHO; 2021.

15. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 375-417.
16. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasil saudável: união pelo enfrentamento das doenças socialmente determinadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
18. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030. Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) [Internet]. [Local desconhecido]: GT Agenda 2030; [data desconhecida] [acesso em 11 abr 2026]. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/ods/>
19. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União. 26 jun 1986.
20. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/86. Diário Oficial da União. 9 jun 1987.
21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Brasília: COFEN; 1993.
22. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 544/2017. Revoga a resolução COFEN nº 159/1993. Brasília: COFEN; 2017.
23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN; 2024.
24. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática. 3ª ed. São Paulo: COREN-SP; 2025.
25. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado. Rev Bras Enferm. 2016;69(3):558-63.
26. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RK, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.
27. Freitas RM, editor. Saúde coletiva: uma abordagem multidisciplinar. Vol. 2. Ponta Grossa: Atena Editora; 2021.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
29. Jusbrasil. Sigilo, privacidade e confidencialidade no tratamento de dados [Internet]. [Local desconhecido]: Jusbrasil; 2023 [citado 2 abr 2026]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/sigilo-privacidade-e-confidencialidade-no-tratamento-de-dados/1836285586>.

30. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
31. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Aconselhamento em HIV e outras IST: diretrizes para a prática na atenção à saúde. Salvador: SESAB; 2023.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual de aconselhamento em IST e HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota técnica nº 30/2026-CGHA/DATHI/SVSA/MS: orientações sobre o controle externo de qualidade (CEQ) para testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [citado 11 abr 2026]. Disponível em: www.gov.br.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Autoteste para HIV ganha nova embalagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 11 abr 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/autoteste-para-hiv-ganha-nova-embalagem>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia prático para a execução de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
36. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 978, de 6 de junho de 2025. Dispõe sobre requisitos para rastreabilidade de dispositivos para diagnóstico in vitro, incluindo testes rápidos. Brasília: ANVISA; 2025.
37. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União. 15 ago 2018.
38. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
39. Hermida PMV. Sistematização da assistência de enfermagem: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):675-80.
40. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 0429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico [Internet]. Brasília: Cofen; 2012 [citado 11 abr 2026]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012/>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 3 out 2017.
42. Silva et al. Fluxograma assistencial de enfermagem como tecnologia para padronização do cuidado. Ciênc Saúde Coletiva. 2025.
43. Mesquita KSF. Fluxograma de apoio à tomada de decisão na assistência de enfermagem. Maceió: UFAL; 2016.

Apêndice 1

INSTRUMENTO ESSENCIAL PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM TESTAGEM PARA HIV NA APS

Unidade de Saúde: _____ Data: ____ / ____ / ____
Profissional/Rubrica: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome / Nome social: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Telefone: (____) _____
Sexo ao nascimento: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefere não responder
Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____
☐ Casado(a)/União Estável ☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ Não informado
Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 7 anos ☐ 8 a 11 anos ☐ 12 ou mais anos ☐ Ignorado
CNS/CPF: _____

2. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Após orientação a aconselhamento pré-teste, eu afirmo que:

- () Fui informado sobre o objetivo da testagem para o HIV
() Compreendi o procedimento a ser realizado.
() Fui orientado sobre janela imunológica
() Fui informado sobre possíveis resultados
() Fui esclarecido sobre confidencialidade e sigilo
() Aceito realizar a testagem para HIV
() Recuso realizar a testagem para HIV

Assinatura do usuário: _____

3. MOTIVO DA CONSULTA / TESTAGEM

- ☐ Rotina
☐ Exposição sexual recente (<72h) ☐ Interesse em PrEP
☐ Violência sexual (Fluxo prioritário) ☐ Avaliação para PEP
☐ Gestante – testagem imediata ☐ Outro: _____
☐ Encaminhamento
☐ Autoteste reagente

4. HISTÓRICO DE TESTAGEM

- ☐ Nunca realizou testagem
☐ Última testagem há menos de 6 meses
☐ Última testagem entre 6 – 12 meses
☐ Última testagem há mais de 12 meses

5. ESCALA SISTEMATIZADA DE VULNERABILIDADE AO HIV

5.1 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	5.2 VULNERABILIDADE SOCIAL	5.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
☐ Uso inconsistente de preservativo ☐ Múltiplas parcerias sexuais ☐ IST recente ☐ Relação sexual desprotegida recente ☐ Uso de álcool associado ao sexo ☐ Uso de outras drogas associado ao sexo ☐ Parceiro(a) vivendo com HIV ☐ Violência sexual ☐ Baixa percepção de risco	☐ História de discriminação / estigma ☐ Dificuldade de negociação do preservativo ☐ Vulnerabilidade socioeconômica ☐ Fragilidade de apoio social ☐ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	☐ Desconhecimento sobre PrEP ☐ Desconhecimento sobre PEP ☐ Dificuldade de acesso à prevenção combinada ☐ Vínculo irregular com unidade de saúde ☐ Dificuldade prévia para realização de testagem

PONTUAÇÃO (Cada item assinalado = 1 ponto)	CLASSIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE
Individual (5.1): _____ / 5	0 – 4 pontos BAIXA VULNERABILIDADE
Social (5.2): _____ / 5	5 – 9 pontos MODERADA VULNERABILIDADE
Programática (5.3): _____ / 5	10 – 15 pontos ALTA VULNERABILIDADE
TOTAL: _____ / 15	

Apêndice 1

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA E EMOCIONAL 6.1 SINAIS/SINTOMAS SUGESTIVOS DE INFECÇÃO PELO HIV: ☐ Febre persistente ☐ Candidíase oral ou leucoplasia pilosa ☐ Perda de peso ☐ Sudorese noturna ☐ Linfadenopatia ☐ Mal-estar / fadiga ☐ Dermatites / lesões de pele ☐ Infecções recorrentes ☐ Diarreia crônica ou intermitente Outros: _____ 6.2 AVALIAÇÃO EMOCIONAL: ☐ Ansiedade relacionada ao teste ☐ Necessita suporte emocional ☐ Medo do diagnóstico ☐ Necessita apoio psicossocial	7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE) DIMENSÃO COGNITIVA ☐ Conhecimento sobre HIV prejudicado ☐ Conhecimento sobre prevenção insuficiente DIMENSÃO COMPORTAMENTAL ☐ Comportamento sexual de risco ☐ Proteção sexual prejudicada DIMENSÃO EMOCIONAL ☐ Ansiedade relacionada à testagem ☐ Medo do diagnóstico ☐ Percepção de risco prejudicada ☐ Vulnerabilidade à infecção pelo HIV DIMENSÃO SOCIAL ☐ Vulnerabilidade social ☐ Apoio social insuficiente DIMENSÃO PROGRAMÁTICA ☐ Acesso aos serviços de saúde prejudicado ☐ Adesão ao cuidado prejudicada Outro: _____																		
8. PLANO DE CUIDADOS (Objetivos conforme diagnósticos) ☐ Educação em saúde / compreender formas de prevenção ☐ Reduzir comportamentos de risco ☐ Realizar testagem ☐ Reduzir ansiedade ☐ Vínculo ao serviço/unidade de referência (SAE) ☐ Iniciar Prevenção Combinada (preservativo, PrEP, PEP, testagem regular) ☐ Avaliação/encaminhamento para PEP ☐ Oferta de PrEP ☐ Apoio emocional / psicossocial ☐ Retorno programado Outro: _____	9. IMPLEMENTAÇÃO Aconselhamento pré-teste realizado: ☐ Sim ☐ Não Abordado: • Janela imunológica • Formas de transmissão • Prevenção combinada (preservativos, PrEP, PEP, testagem regular, I=I, redução de danos)																		
10. PROCEDIMENTO E REGISTRO DA TESTAGEM DADOS DO TESTE Tipo de teste: ☐ Fluido oral ☐ Sangue capilar Marca do teste: _____ Lote: _____ Validade: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa) Profissional executor: _____	12. EVOLUÇÃO / AVALIAÇÃO FINAL ☐ Usuário compreendeu orientações ☐ Aceitou condutas propostas ☐ Necessita reforço educativo ☐ Necessita acompanhamento emocional ☐ Retorno agendado Conduta/Evolução: _____ _____ _____ Assinatura e carimbo do profissional: _____ _____																		
11. CONDUTA PÓS-TESTE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d4edda;">SE NÃO REAGENTE</th> <th style="background-color: #f8d7da;">SE REAGENTE</th> <th style="background-color: #fff3cd;">SE INCONCLUSIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Reforço prevenção combinada</td> <td>☐ Acolhimento emocional realizado</td> <td>☐ Repetir teste</td> </tr> <tr> <td>☐ Orientações sobre janela imunológica</td> <td>☐ Resultado comunicado adequadamente</td> <td>☐ Encaminhamento conforme protocolo</td> </tr> <tr> <td>☐ Agendamento de novo teste</td> <td>☐ Notificação realizada</td> <td>☐ Considerar janela imunológica</td> </tr> <tr> <td>☐ Oferta de PrEP</td> <td>☐ Encaminhamento ao SAE</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Agendamento realizado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Retorno programado: ☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ Outro prazo: _____		SE NÃO REAGENTE	SE REAGENTE	SE INCONCLUSIVO	☐ Reforço prevenção combinada	☐ Acolhimento emocional realizado	☐ Repetir teste	☐ Orientações sobre janela imunológica	☐ Resultado comunicado adequadamente	☐ Encaminhamento conforme protocolo	☐ Agendamento de novo teste	☐ Notificação realizada	☐ Considerar janela imunológica	☐ Oferta de PrEP	☐ Encaminhamento ao SAE			☐ Agendamento realizado	
SE NÃO REAGENTE	SE REAGENTE	SE INCONCLUSIVO																	
☐ Reforço prevenção combinada	☐ Acolhimento emocional realizado	☐ Repetir teste																	
☐ Orientações sobre janela imunológica	☐ Resultado comunicado adequadamente	☐ Encaminhamento conforme protocolo																	
☐ Agendamento de novo teste	☐ Notificação realizada	☐ Considerar janela imunológica																	
☐ Oferta de PrEP	☐ Encaminhamento ao SAE																		
	☐ Agendamento realizado																		

Apêndice 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE IST/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS

ESCALA SISTEMATIZADA DE VULNERABILIDADE AO HIV

ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL

- Assinalar as alternativas conforme avaliação.
- Cada item marcado equivale a 1 ponto.

DIMENSÃO INDIVIDUAL		
Item	Avaliação	Pontuação
1 Uso inconsistente do preservativo	() Sim	1
2 Mais de uma parceria sexual nos últimos 12 meses	() Sim	1
3 Histórico de IST nos últimos 12 meses	() Sim	1
4 Uso de álcool ou drogas associado à relação sexual	() Sim	1
5 Baixa percepção de risco para HIV	() Sim	1
Subtotal (Individual):		

DIMENSÃO SOCIAL		
Item	Avaliação	Pontuação
1 Dificuldade financeira para necessidades básicas	() Sim	1
2 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	() Sim	1
3 Histórico de discriminação em serviços de saúde	() Sim	1
4 Situação de violência (física, sexual, ou psicológica)	() Sim	1
5 Apoio social insuficiente	() Sim	1
Subtotal (Social):		

DIMENSÃO PROGRAMÁTICA		
Item	Avaliação	Pontuação
1 Desconhecimento sobre PrEP	() Sim	1
2 Desconhecimento sobre PEP	() Sim	1
3 Falta de acesso a insumos de prevenção	() Sim	1
4 Vínculo frágil ou inexistente com a unidade de saúde	() Sim	1
5 Dificuldade prévia para realização de testagem	() Sim	1
Subtotal (Programática):		

PONTUAÇÃO TOTAL

Total geral: / 15 pontos

CLASSIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE		
Pontuação	Classificação	Conduta sugerida
0 – 4	BAIXA VULNERABILIDADE	Manter ações de prevenção e acompanhamento de rotina. 📅 Retorno proposto: 12 meses.
5 – 9	VULNERABILIDADE MODERADA	Intensificar aconselhamento e prevenção combinada. 📅 Retorno proposto: 3 a 6 meses.
10 – 15	ALTA VULNERABILIDADE	Intervenção prioritária, considerar PrEP, retestagem e acompanhamento intensivo. 📅 Retorno proposto: 30 a 90 dias.

Apêndice 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE IST/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS

PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL TESTES RÁPIDOS

UNIDADE: _____

MÊS: _____

ESTOQUE	HIV	HCV	SÍFILIS	HBsAg	OUTRO
	MARCA: _____	MARCA: _____	MARCA: _____	MARCA: _____	MARCA: _____
SALDO DE TESTES DO MÊS ANTERIOR (A)					
RECEBIMENTO NO MÊS					
Nº. DE TESTES REALIZADOS (B)					
SALDO FINAL (A)+(B)-(C)					
VALIDADE					

Insumos	Rede Cegonha		Mobilização		Treinamento		Rotina	
	Reagente	Não Reagente	Reagente	Não Reagente	Reagente	Não Reagente	Reagente	Não Reagente
HIV								
HCV								
Sífilis								
HBsAg								
Total								

 CUIDAR É NOSSA MISSÃO.

 PREVENIR É NOSSO COMPROMISSO.

 TESTAR • SABER • CUIDAR • TRANSFORMAR

 SAÚDE AO SEU LADO SEMPRE.

Anexo 1



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS

NOTA TÉCNICA Nº 30/2026-CGHA/.DATHI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

Obrigatoriedade de participação em programas de Controle Externo de Qualidade (CEQ), conforme a Resolução Anvisa Nº 978, de 6 de junho de 2025 (RDC 978/2025), para todos os serviços que executam testes rápidos imunocromatográficos para diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

A Resolução da Diretoria Colegiada Anvisa Nº 978, de 6 de junho de 2025 (RDC 978/2025), que dispõe sobre o funcionamento de Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC), estabelece, entre outros, requisitos específicos quanto à realização de Controle Externo de Qualidade (CEQ). No âmbito do CEQ a referida norma determina que:

- Todo Serviço que executa EAC deve participar de programas de CEQ, com frequência mínima anual, conforme os Art. 185, 186 e 189;
- O Serviço que executa EAC deve manter documentado o relatório de desempenho do CEQ, emitido pelo Provedor de Ensaio de Proficiência, de todos os exames realizados pelo serviço, conforme Art. 176.

3. **RECOMENDAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DOS TESTES RÁPIDOS (AEQ-TR)**

Considerando tais dispositivos da RDC nº 978/2025, e o fato que a utilização de amostras controle comerciais implica custos recorrentes, limitações de disponibilidade no mercado, além da necessidade de implementação de CEQ para quatro agravos distintos (HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C), o Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e outras Infecções sexualmente transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS), em parceria com o Laboratório de Biologia Molecular, Microbiologia e Sorologia (LBMMS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) disponibiliza o Programa de Avaliação Externa da Qualidade de Testes Rápidos (AEQ-TR) desde 2012.

O programa AEQ-TR constitui um instrumento de caráter educacional, não punitivo e gratuito destinado a todos os profissionais das unidades públicas de saúde que atuam realizando testes rápidos imunocromatográficos para diagnóstico da infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis em sua rotina. O programa contempla rodadas teóricas e práticas e permite que cada profissional avalie seu conhecimento e seu desempenho perante a execução de testes rápidos, a fim de produzir

Anexo 2

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravadoença	AIDS (pacientes menores que 13 anos)	Código (CID10) B 24
	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Idade da mãe	32 Escolaridade da mãe	33 Raça/Cor da mãe
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de Investigação	2 - Aids em menores de 13 anos
INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS			
Aut. epist. de casos de aids em menores de 13 anos	36 Provável modo de transmissão	37 Transmissão sexual	38 Transmissão sanguínea
	39 Transmissão vertical	40 UF	41 Município onde ocorreu a transusão/acidente
	42 Instituição onde ocorreu a transusão/acidente	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	
	44	45	

Aids em menores que 13 anos Sinan NET SVS 14/06/2006

Anexo 2

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AÍDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/enferma	AÍDS	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	B 24	Código (IBGE)
Dados de Residência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Notificação Individual	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
Antecedentes Epidemiológicos	32 Transmissão vertical	33 Sexual		
	34 Sanguínea	35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código		
Dados de Laboratório	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AÍDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV		
	41 Teste de triagem	42 Teste confirmatório	43 Teste rápido 1	44 Teste rápido 2
	45 Teste rápido 3			

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

06/06/2006

Anexo 3

Critérios de definição de caso de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	☐ Sarcoma de Kaposi (10) ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* ☐ Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) ☐ Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* ☐ Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) ☐ Dermite persistente (2) ☐ Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) ☐ Anemia e/ou linopenia e/ou trombocitopenia (2) ☐ Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) ☐ Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* ☐ Disfunção do sistema nervoso central (5) ☐ Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) ☐ Diaréia igual ou maior a 1 mês (2) ☐ *Excluída a tuberculose como causa ☐ Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*				
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Câncer cervical invasivo ☐ Leucoencefalopatia multifocal progressiva ☐ Candidose de esôfago ☐ Linfoma não Hodgkin e outros linfomas ☐ Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão ☐ Linfoma primário do cérebro ☐ Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) ☐ Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase ☐ Criptococose extrapulmonar ☐ Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> ☐ Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) ☐ Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ☐ Salmonelose (sepsis recorrente não-tifóide) ☐ Histoplasmose disseminada ☐ Toxoplasmose cerebral ☐ Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³				
43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐					
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado ☐				48 Data do Óbito
Investigador	Nome		Função		
	Assinatura				

Aids em pacientes com 13 anos ou mais.

Sinan NET

SVS 08/06/2006

Anexo 4

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +		Nº
Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	GESTANTE HIV		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Data do Diagnóstico
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF
	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito	21 Bairro
	22 Logradouro (rua, avenida,...)	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)	25 Geo campo 1
Dados de Residência	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência	28 CEP	29 (DDD) Telefone
	30 Zona	31 Paise (se residente fora do Brasil)	32 Ocupação	33 Evidência laboratorial do HIV:
	34 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	35 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto	36 Pré-Natal	
	37 Fez/ Faz pré-natal	38 UF	39 Município de realização do Pré-Natal	40 Código (IBGE)
Dados Pré-Natal	41 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	42 Unidade de realização do pré-natal	43 Código	44 Nº da Gestante no SISPRENATAL
	45 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	46 Uso de anti-retrovirais para profilaxia	47 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	48 Parto
	49 UF	50 Município do local do parto	51 Código (IBGE)	52 Local de realização do parto
	53 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados Parto	57 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	58 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	59 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	60 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	61 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	62 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	63 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	64 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	65 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	66 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	68 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	69 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	70 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	71 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	72 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Investigador	73 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	74 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	75 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	76 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	77 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	78 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	79 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	80 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	81 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	82 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	83 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	84 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	85 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	86 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	87 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	88 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Anexo 5

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Nº

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		3	
	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Z 20.6			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data de Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				13-Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
	31 Idade da mãe/nutriz					
32 Escolaridade da mãe/nutriz						
Antec. Epid. da Mãe/Nutriz	33 Raça/cor da mãe/nutriz		34 Ocupação da mãe/nutriz			
	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	37 Nº da Declaração de Nascido Vivo		38 Tipo de parto			
Investigação da criança exposta ao HIV	39 UF		40 Município do local de nascimento:		Código (IBGE)	
	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde):		Código			
	42 Aleitamento materno:		43 Aleitamento cruzado:		44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado		1 - sim 2 - não 9 - ignorado		1 - sim 2 - não 9 - ignorado	
	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):					
	1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado					
	46 Dados laboratoriais da criança		1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado			
	5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado					
Evolução do caso	1º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste de triagem anti-HIV	
	2º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste confirmatório anti-HIV	
	3º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste rápido 1 Teste rápido 2 Teste rápido 3	
	47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV)		48 Data de encerramento da investigação de criança exposta ao HIV			
1 - Infectada 2 - Não infectada 3 - Perda de seguimento 4 - Caso em andamento						
5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/Aids						
7 - Óbito por outras causas.						

