



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAQUEL FERREIRA GOMES BRASIL

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA O PLANEJAMENTO
FAMILIAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

FORTALEZA-CE

2016

RAQUEL FERREIRA GOMES BRASIL

DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA O PLANEJAMENTO
FAMILIAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Josefina da Silva

FORTALEZA

2016

RAQUEL FERREIRA GOMES BRASIL

DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA O PLANEJAMENTO
FAMILIAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Maria Josefina da Silva (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Co-orientadora)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a. Dr.^a. Nancy Costa de Oliveira (1º. Membro)

Hospital São José de doenças infecciosas – HSJ

Prof.^a. Dr.^a. Priscila de Souza Aquino (2º. Membro)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a. Dr.^a. Janaína Fonseca Victor Coutinho (Membro suplente)

Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

À Deus, Criador de tudo e de todos, por se fazer presente em minha vida nos detalhes do dia-a-dia, por ser minha luz nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, Rosa Evangelina Ferreira Gomes Brasil, por todo amor, paciência e cuidado durante toda a minha vida. Obrigada por todos os detalhes que tornam esse momento ainda mais especial.

Ao meu pai, José Washington Bastos Brasil, por todo investimento, empenho, confiança e torcida pelo meu sucesso.

À minha irmã, Aline Ferreira Gomes Brasil de Azevedo, por acreditar em mim e estender a mão nos momentos que necessitei. Obrigada por contribuir, em cada detalhe, para a conclusão desse trabalho.

Ao meu cunhado, Igor Antônio Cavalcanti de Azevedo, por todos os momentos compartilhados, pela paciência e por estar sempre ao meu lado nesses 20 anos de convivência.

À minha irmã, Sarah Ferreira Gomes Brasil, pelo exemplo de retidão e coerência nas tomadas de decisão durante a vida.

À minha avó, Aldaneide Ferreira Gomes Feijão, *in memoriam*, por me guiar e me deixar ensinamentos que me tornaram a pessoa que sou hoje.

Ao meu namorado, Hugo Nascimento Cavalcanti Leite, e sua família, por me acolherem e serem meu refúgio nos momentos difíceis.

Aos meus pequenos, Moisés Bessa Brasil (afilhado) e Otacílio Gonçalves Brasil Neto (irmão), por me ensinarem a cultivar os pequenos e bons detalhes da vida.

À minha prima, Vanessa Gomes Leite, por crescer e compartilhar comigo momentos especiais.

À minha prima, Cíntia Maria Gomes Leite, pelas palavras de confiança.

À minha tia, Carmem Glória Ferreira Gomes Feijão, pelo incentivo, para ingresso no Mestrado, e por ser meu exemplo de enfermeira assistencial.

Aos tios, tias, primos e avó, pelo incentivo, torcida, investimento e orações por mim.

À professora e amiga, Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho, pela paciência, disponibilidade e palavras de apoio. Obrigada por me guiar no Mestrado e na vida, tornando-me uma profissional qualificada e uma pessoa melhor.

À professora Maria Josefina da Silva por me acolher como orientanda, permitindo a continuidade desse trabalho tão grandioso.

Aos colegas da turma de Mestrado 2014.1, pela convivência nesse período de aprendizagem.

À Adman Câmara por me auxiliar nos momentos de precisão, por se fazer presente em minha vida e por me passar ensinamentos que levarei sempre comigo.

À Sacha Nogueira, pelas conversas e conselhos durante a Graduação e o Mestrado.

Ao grupo de pesquisa Gessare, por todas as reuniões e aprendizado coletivo.

Ao grupo de extensão, Comportamento Sexual Saudável – Essa onda pega!, por permitir um maior contato com a prática em planejamento familiar.

Aos amigos, Samara Lopes da Costa e Ocivan Furtado, por terem se tornado, além de colegas de profissão, amigos verdadeiros.

Ao Alderico Leão, *designer* do protocolo, por seu trabalho e dedicação a esse material tão importante.

Aos colaboradores do protocolo, por me auxiliarem a tornar esse trabalho possível.

Às professoras Priscila Aquino e Janaína Fonseca e à enfermeira Nancy Costa, por aceitar compor a banca de defesa. Desde já, agradeço por todo empenho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, obrigada por contribuírem para minha formação profissional desde a graduação até o presente momento.

A todos que incentivaram, rezaram e apoiaram, de forma direta ou indireta, muito obrigada por me acompanhar nessa etapa tão importante da minha vida.

A Deus, pelo dom da vida e da sabedoria.

À minha família por todo apoio.

À minha professora da graduação, do mestrado e da vida, Professora Escolástica, pelos ensinamentos além da academia.

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento".
(Platão).

RESUMO

O elevado número de casos de HIV/aids na fase reprodutiva e a feminização da epidemia gera demanda de atendimento na área do planejamento familiar, o que exige profissionais de saúde com competência para lidar com as especificidades desse público, aspecto contornável pelo uso de protocolo clínico. Objetivou-se elaborar protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids e avaliar a qualidade do protocolo clínico. Pesquisa de desenvolvimento ou tecnológica, realizada de março de 2014 a março de 2016, seguindo as etapas de elaboração (estabelecer o título do protocolo com base no tema e no foco; busca na literatura de protocolos clínicos, abordando o tema e o foco estabelecidos; justificativa do desenvolvimento do protocolo; delimitação do conteúdo e das questões clínicas e escuta ao usuário; revisão integrativa da literatura; construção textual e de algoritmos; formatação e *design* do protocolo); avaliação da qualidade (consulta aos avaliadores; inserção das recomendações dos avaliadores no protocolo e devolução para os mesmos quando necessário); e finalização (revisão da língua portuguesa; produção final e disseminação do protocolo). Na etapa de elaboração foi constituído grupo técnico de oito participantes com experiência em planejamento familiar e/ou HIV/aids, tendo a autora como líder. Aplicando o formulário “Ferramenta para preparação de protocolo clínico com grupo técnico” junto ao grupo, obteve-se subsídios para definição do título, tema central, foco, conteúdos e questões clínicas do protocolo - “Quais as evidências científicas sobre a interação medicamentosa entre TARV e anticoncepcionais hormonais (combinados e exclusivo de progestágeno)?” e “Quais as evidências científicas quanto as principais tecnologias utilizadas por casais vivendo com HIV/aids (soroconcordantes e sorodiscordantes) que desejam conceber?”. Os usuários do serviço também foram ouvidos a fim de contribuir com o desenvolvimento do protocolo, respondendo ao questionamento - “Como você gostaria de ser atendido na área do planejamento familiar ou o que você espera desse atendimento?”. A busca das evidências científicas para responder às questões clínicas foi realizada nas bases de dados *Cochrane Library*, PubMed/Medline, utilizando-se os descritores “HIV infections” e “Family planning”, integrados. Essas passaram pela “Classificação de Nível de Evidência Científica do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* – 2009. Na avaliação da qualidade utilizou-se o instrumento *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* (AGREE II), com base nos seis domínios: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor de desenvolvimento, clareza de apresentação, aplicabilidade e independência editorial, com seus 23 itens. A avaliação da qualidade foi realizada por cinco avaliadores com experiência em planejamento familiar e/ou HIV/aids e/ou validação/avaliação de protocolos, das áreas acadêmica e assistencial. O domínio independência editorial obteve avaliação máxima (100,0%); três domínios obtiveram 95% ou mais na avaliação e dois domínios alcançaram entre 88 e 89%. Na avaliação geral, todos os avaliadores recomendaram o uso do protocolo clínico, à exceção de um avaliador que recomendou com restrições. O coeficiente de variação de Pearson (CVP) identificou elevada concordância entre os avaliadores em todos os domínios, ou seja, 2,6%, 18,6%, 2,7%, 5,4% e zero, respectivamente.

Palavras-chave: Protocolo clínico. Planejamento familiar. Pessoas vivendo com HIV/aids.

ABSTRACT

The high number of cases of HIV / AIDS in reproductive phase and the feminization of the epidemic generates service demand in the area of family planning, which requires health professionals are competent to deal with the specificities of this public insurmountable aspect by the use of clinical protocol . This study aimed to develop clinical protocol for family planning services for people living with HIV / AIDS and evaluate the quality of the clinical protocol. Research development and technology, held from March 2014 to March 2016, following the preparation steps (to establish the protocol title based on the theme and focus; searching the clinical protocols of literature addressing the subject and set focus; justification of the development of the protocol, defining the content and clinical questions and listening to the user; integrative literature; textual construction and algorithms; formatting and protocol design); quality assessment (consulting the assessors; inclusion of the recommendations of the evaluators in the protocol and return to them when necessary); and completion (review of the Portuguese language, final production and dissemination of the Protocol). In the preparation stage was constituted technical group of eight participants with experience in family planning and / or HIV / AIDS, with the author as a leader. Applying form "tool for clinical protocol preparation with technical group" with the group, gave grants to define the title, central theme, focus, content and clinical issues of protocol - "What scientific evidence about drug interactions between HAART and hormonal contraceptives (combined and unique progestin)?" and "What scientific evidence as the main technologies used by couples living with HIV / AIDS (seroconcordant and serodiscordant) who wish to conceive?". Users of the service were also heard in order to contribute to the development of the protocol, answering the question - "How would you like to be attended in the area of family planning or what you expect from this service?". The search for scientific evidence to answer clinical questions was conducted in the databases Cochrane Library, PubMed / Medline, using the keywords "HIV infections" and "Family planning", integrated. These passed the "Scientific Evidence Level Rating Oxford Centre for Evidence Based Medicine - 2009. In assessing the quality used the instrument of Appraisal Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II), based on six domains: scope and purpose, stakeholder involvement, rigor of development, clarity of presentation, applicability and editorial independence, with its 23 items. The quality assessment was carried out by five evaluators with experience in family planning and / or HIV / AIDS and / or validation / evaluation protocols, academic and healthcare areas. The editorial independence domain obtained maximum rating (100.0%); three domains obtained 95% or more in the evaluation and two areas reached between 88 and 89%. In the overall assessment, all the evaluators recommended the use of the clinical protocol, except for a reviewer who recommended with restrictions. Pearson's coefficient of variation (CVP) identified high agreement among raters in all areas, 2.6%, 18.6%, 2.7%, 5.4% and zero respectively.

Keywords: Clinical protocol. Family planning. People living with HIV / AIDS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Busca de artigos abordando o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	28
Quadro 2 –	Relação de artigos que abordam intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids selecionados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	29
Quadro 3 –	Contribuições dos artigos eleitos quanto as intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	30
Quadro 4 –	Relação de artigos abordando uso de métodos anticoncepcionais no contexto da infecção pelo HIV/aids selecionados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	35
Quadro 5 –	Contribuições dos artigos eleitos quanto uso de métodos anticoncepcionais no contexto da infecção pelo HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.	36
Quadro 6 –	Relação de artigos que abordam dinâmicas de serviços de planejamento familiar a pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	42
Quadro 7 –	Contribuições dos artigos eleitos quanto a dinâmicas de serviços de planejamento familiar a pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	44
Quadro 8 –	Relação de artigos que abordam planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas. Biblioteca Virtual de Saúde. Fortaleza- CE, 2014.....	48
Quadro 9 –	Contribuições dos artigos eleitos abordando planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	49
Quadro 10 –	Relação de artigos que abordam planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV. Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	52
Quadro 11 –	Contribuições dos artigos eleitos abordando PF no pós-parto de mulheres com HIV. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.....	53
Figura 1 –	Fases para o desenvolvimento do protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2015-2016.....	58
Quadro 12 –	Descrição da estratégia de busca para revisão da literatura. Fortaleza- CE, 2014.....	61
Quadro 13 –	Símbolos padrões e definições para algoritmos. Fortaleza- CE, 2014.....	63
Quadro 14 –	Domínios e itens a serem abordados para avaliação da qualidade do protocolo. Fortaleza- CE, 2014.....	65
Quadro 15 –	Descrição das contribuições do grupo técnico acerca do título apropriado para o protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2015.....	71
Quadro 16 –	Descrição das contribuições do grupo técnico acerca das justificativas para o protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2016.....	72
Quadro 17 –	Descrição das contribuições do grupo técnico acerca dos conteúdos para compor o protocolo clínico. Fortaleza -CE, 2016.....	76
Figura 2 –	Algoritmo da atenção em anticoncepção de mulheres soropositivas. Fortaleza- CE, 2015.....	81
Figura 3 –	Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soropositiva e homem soronegativo. Fortaleza- CE, 2015.....	82
Figura 4 –	Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soronegativa e homem soropositivo. Fortaleza- CE, 2015.....	83
Figura 5 –	Algoritmo da atenção em concepção de casais soroconcordantes. Fortaleza-	

	CE, 2015.....	84
Quadro 18 –	Caracterização dos juízes do protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2016.....	85
Gráfico 1 –	Distribuição dos percentuais da avaliação da qualidade do protocolo clínico, segundo os seis domínios do AGREE II. Fortaleza- CE, 2016.....	95
Quadro 19 –	Recomendações apresentadas pelos avaliadores. Fortaleza- CE, 2016.....	96
Quadro 20 –	Demonstrativo de valores do desvio padrão, média e Coeficiente de Variação de Pearson por domínio. Fortaleza- CE, 2016.....	97
Gráfico 2 –	Recomendações apresentadas pelos avaliadores. Fortaleza- CE, 2016.....	97
Gráfico 3 –	Distribuição das médias das pontuações dadas pelos avaliadores aos itens do instrumento de avaliação do AGREE-II. Fortaleza- CE, 2016.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 1 – Escopo e finalidade. Fortaleza- CE, 2016.....	86
Tabela 2 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas. Fortaleza- CE, 2016.....	87
Tabela 3 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento. Fortaleza- CE, 2016.....	89
Tabela 4 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio – Clareza da apresentação. Fortaleza- CE, 2016.....	91
Tabela 5 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 5 – Aplicabilidade. Fortaleza- CE, 2016.....	92
Tabela 6 –	Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 6 – Independência editorial. Fortaleza- CE, 2016.....	94
Tabela 7 –	Distribuição das formas de recomendação do AGREE II dada aos uso do protocolo pelos juízes. Fortaleza- CE, 2016.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACTG	<i>Aids Clinical Trial Group</i>
AGREE	<i>Appraisal of Guideline for Research & Evaluation</i>
AIC	Anticoncepcional Injetável Combinado
AIEP	Anticoncepcional Injetável Exclusivo de Progestágeno
AOC	Anticoncepcional Oral Combinado
AOEP	Anticoncepcional Oral Exclusivo de Progestágeno
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAP	Conhecimento Atitude e Prática
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CME	Critérios Médicos de Elegibilidade
CVP	Coeficiente de Variação de <i>Pearson</i>
DENF	Departamento de Enfermagem
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Gessare	Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva
GR	Grau de Recomendação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBESCS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Privada
LAM	Lactação com amenorreia
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACs	Métodos Anticoncepcionais
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NE	Nível de Evidência
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Planejamento Familiar
RN	Recém-nascido
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TV	Tansmissão vertical
UFC	Universidade Federal do Ceará
US	<i>United States</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	ESTADO DA ARTE.....	21
3.1	Importância do uso de protocolos clínicos no contexto das políticas e práticas de saúde direcionadas ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids...	22
3.2	Assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.....	27
3.2.1	Intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids.....	28
3.2.2	Uso de métodos anticoncepcionais e a infecção pelo HIV/aids.....	34
3.2.3	Dinâmicas de serviços de planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.....	42
3.2.4	Planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas.....	48
3.2.5	Planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV/aids.....	52
4	MATERIAIS E MÉTODO.....	56
4.1	Tipo de pesquisa.....	56
4.2	Cenário de desenvolvimento do protocolo clínico.....	56
4.3	Fases de desenvolvimento do protocolo clínico.....	57
4.3.1	Elaboração.....	59
	– Estabelecer o título do protocolo com base no tema e foco.....	59
	– Busca na literatura de protocolos clínicos, abordando o tema e o foco estabelecidos.	60
	– Justificativa do desenvolvimento do protocolo.....	60
	– Delimitação do conteúdo e das questões clínicas do protocolo e escuta ao usuário.....	60
	– Revisão integrativa da literatura.....	61
	– Construção textual e de algoritmos.....	62
	– Formatação e <i>design</i> do protocolo.....	63
4.3.2	Avaliação da qualidade do protocolo clínico.....	64
	– Consulta aos avaliadores.....	64
	– Inserção das recomendações dos avaliadores no protocolo e devolução para os mesmos quando necessário.....	67
4.3.3	Finalização.....	68
	– Revisão da língua portuguesa.....	68
	– Produção final e disseminação do protocolo.....	68
4.3	Aspectos éticos da pesquisa.....	68
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
5.1	Resultados do processo de elaboração do protocolo clínico.....	69
5.1.1	Estabelecer o título do protocolo com base no tema e foco.....	70
5.1.2	Busca na literatura de protocolos clínicos, abordando o tema e o foco estabelecidos.....	72
5.1.3	Justificativa do desenvolvimento do protocolo.....	72

5.1.4	Delimitação do conteúdo e das questões clínicas do protocolo e escuta ao usuário.....	76
5.1.5	Revisão integrativa da literatura.....	80
5.1.6	Construção textual e de algoritmos.....	80
5.1.7	Formatação e <i>design</i> do protocolo.....	84
5.2	Juízes, avaliação da qualidade e recomendações.....	85
5.2.1	Caracterização dos juízes.....	85
5.2.2	Avaliação da qualidade do protocolo por domínios	86
	Domínio 1 – Escopo e finalidade.....	86
	Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas.....	87
	Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento.....	89
	Domínio 4 – Clareza de apresentação.....	91
	Domínio 5- Aplicabilidade.....	92
	Domínio 6- Independência editorial.....	94
5.2.3	Resultado geral da análise por domínios.....	95
5.2.4	Coefficiente de Variação de Pearson (CVP)	96
5.2.5	Resultado da avaliação global do protocolo clínico.....	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –USUÁRIO DO SERVIÇO.....	113
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO TÉCNICO DE DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO.....	115
	APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE.....	117
	APÊNDICE D – “Ferramenta para a preparação de um protocolo clínico com grupo técnico”	118
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AVALIADOR.....	122
	APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	124
	APÊNDICE G – QUADRO DE RECOMENDAÇÕES DOS AVALIADORES.....	139
	ANEXO A – Classificação de Nível de Evidência Científica do <i>Oxford Centre for Evidence Based Medicine</i> (2009)	141
	ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	143

1 INTRODUÇÃO

A soropositividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência humana (aids) são eventos emergentes, de caráter pandêmico, que representam um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e no Brasil.

Mundialmente, estimou-se que cerca de 35 milhões de pessoas conviviam com o HIV até o final de 2012 (WHO, 2013). No Brasil, de 1980 a junho de 2014, foram registrados 756.998 casos de infecção pelo vírus, sendo 491.747 (65%) em homens e 265.251 (35,0%) em mulheres. Dentre as regiões brasileiras, a Nordeste encontra-se em terceiro lugar em infecção pelo vírus, com 14,3% dos casos nesse mesmo período (BRASIL, 2014).

No Ceará, desde o primeiro caso conhecido de HIV/aids, em 1983, até novembro de 2014, foram notificados 14.732 casos deste agravo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com razão entre os sexos no mesmo ano, de 3,6 homens para cada mulher infectada, sendo a faixa etária mais atingida a de 20 a 40 anos (fase reprodutiva), confirmando a prática sexual desprotegida como principal forma de transmissão do vírus (CEARÁ, 2015).

No início da epidemia no Ceará (década de 80) a razão dos casos entre homens e mulheres era de 12/1. Em 2014, essa razão passou para 1,7 e a expectativa é que se mantenha com aumento na proporção dos casos no sexo feminino, seguindo a tendência brasileira (BRASIL, 2014). A feminização do HIV/aids é reflexo de sua maior vulnerabilidade biológica, quando comparada a masculina, bem como a dificuldade de acesso à serviços de educação em saúde eficazes, com promoção do uso consistente de preservativos e da capacidade de negociar o sexo seguro com parceiros, superando as desigualdades de gênero.

A feminização do HIV/aids e sua elevada ocorrência na fase reprodutiva gera demanda de atendimento nos serviços de planejamento familiar (PF) (anticoncepção e concepção). Pesquisa realizada em ambulatório de DST/HIV/aids de hospital de doenças infecciosas de Fortaleza-CE, com 64 mulheres, identificou que 45 (70,3 %) tinham o desejo pela maternidade, devendo, pois, receberem cuidados pré-concepcionais específicos. E aquelas que não expressaram o desejo de conceber devem receber assistência em anticoncepção, também específica (MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

No contexto do HIV/aids, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos preconizados pelo Ministério da Saúde passa a exigir cuidados específicos. Esses direitos têm como cerne

os direitos humanos fundamentais, que incluem o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação e à livre expressão da sexualidade. No campo dos direitos sexuais e reprodutivos destacam-se o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos; o de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência; o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis e o direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação (BRASIL, 2009). Observa-se, portanto, que os serviços de planejamento familiar por meio de ações direcionadas à anticoncepção e à concepção representam espaços de cuidado para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas vivendo com HIV/aids.

As ações direcionadas à anticoncepção devem incluir a oferta de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico, métodos e técnicas anticoncepcionais cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a saúde e a vida de adultos e adolescentes, permitindo a escolha livre e informada (BRASIL, 2010a). Por outro lado, as ações direcionadas à concepção devem cumprir atividades de aconselhamento ao casal e realização de consultas de Enfermagem e médicas, priorizando orientações, como a concentração das relações sexuais no período fértil e eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen ou que dificulte a migração espermática no trato genital feminino (DIAS *et al.*, 2012).

Em se tratando de pessoas vivendo com HIV/aids, as ações de planejamento familiar devem ser oferecidas por profissionais de saúde treinados para lidar com as particularidades que a situação exige. Na atenção em anticoncepção, essa clientela precisa ser orientada quanto à interação medicamentosa entre anticoncepcionais hormonais e alguns antirretrovirais, a contraindicação do método da lactação com amenorreia (LAM) e a necessidade do uso consistente do preservativo masculino ou feminino associado ou não a outro método anticoncepcional de escolha (EVANGELISTA; MOURA, 2011).

Na perspectiva da atenção direcionada à concepção, compete aos profissionais de saúde garantir o respeito à decisão da mulher e/ou do casal, auxiliando a mulher soropositiva que deseja engravidar a tomar cuidados que protejam a si, ao parceiro (seja este soroconcordante ou sorodiscordante) e o futuro filho. Alguns cuidados precisam ser tomados, como o uso de tecnologias reprodutivas de lavagem do esperma, por exemplo, que, muitas vezes, não é acessível a maioria da população; a adoção de estratégias comportamentais da auto inseminação do esperma e a relação sexual desprotegida limitada aos dias férteis, em período clínico feminino recomendado (quando a carga viral se encontra em níveis

indetectáveis, ou seja, inferior a 50 cópias por mililitro de sangue); e a aplicação de ações médicas como a circuncisão masculina, e o tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis (MATTHEWS *et al.*, 2013).

Busca realizada em 15 de setembro de 2014, aplicando-se os descritores DeCS/MeSH “*HIV infections*” e “*Family planning*” como “descritores de assunto”, integrados pelo conector *and*, em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral do portal de busca da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e ampliada em 05 de março de 2015, aplicando-se os mesmos descritores-integrados pelo conector *and* em todos os índices das bases de dados CYNABL e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) resultou em quatro artigos que abordavam o desejo de conceber entre pessoas soropositivas, apresentando como percentuais: 55% (MARCELLIN *et al.*, 2010), 74,6% (CLIFFE *et al.*, 2011), 66% (MOSES; DHAR, 2012), 39% (KHU *et al.*, 2013).

O maior percentual de pessoas soropositivas para o HIV com o desejo de conceber (74,6%) foi identificado no estudo realizado em país europeu (Reino Unido), cujas justificativas foram ter um parceiro fixo e ter apenas dois filhos (CLIFFE *et al.*, 2011).

Esse achado reflete a importância das ações de PF direcionadas às pessoas com HIV/aids, comprovando uma demanda a ser assistida pelos profissionais de saúde que assistem a essa clientela, de forma competente e livre de preconceitos e discriminação.

Ademais, ressalta-se o cumprimento do Protocolo *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076) que preconiza o uso de antirretrovirais por mulheres soropositivas na gestação, trabalho de parto e parto, além do tratamento do bebê por 42 dias após o nascimento e a não amamentação. Essas medidas reduzem as chances de transmissão vertical do HIV de 25% para 1%-2% (BRASIL, 2006).

Estudo realizado em serviço público de saúde na África do Sul, aplicando um questionário semiestruturado com 14 pacientes, revelou que a atenção em planejamento familiar a pessoas vivendo com HIV/aids está aquém do esperado, apresentando como barreiras a longa espera por atendimento, o que reflete a sobrecarga de trabalho e o baixo número de profissionais atuantes, bem como a relação superficial entre profissionais e pacientes, caracterizada por conversas breves e objetivas (MARLOW *et al.*, 2014).

Estudo realizado em 52 clínicas de saúde materno infantil no Sul de Moçambique, umas com serviços de HIV e outras sem o referido serviço, tendo por objetivo explorar desafios e obstáculos na prestação de serviços de planejamento familiar eficazes para as mulheres HIV-positivas, verificou que em todas as clínicas, os provedores pesquisados relataram que as barreiras práticas, financeiras e sociais dificultaram os clientes HIV-positivos

seguirem os protocolos de prevenção da transmissão vertical do vírus. Esses provedores foram céticos quanto a capacidade dos clientes soropositivos em aderir às recomendações direcionadas a anticoncepção e usar preservativos de forma consistente e não sentem que podem influenciar os comportamentos das mulheres HIV-positivas de forma eficaz (HAYFORD; AGADJANIAN, 2010).

No município de Fortaleza - CE, pesquisa foi realizada abordando a assistência ao PF de pessoas com HIV/aids. Esta envolveu 51 mulheres em acompanhamento ambulatorial para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/aids de hospital de ensino, na qual 29 (56,8%) participantes informaram que seus parceiros usavam preservativo masculino; 15 (29,4%) optaram pela abstinência sexual; 14 (27,4%) estavam laqueadas; e 6 (11,7%) usavam anticoncepcional hormonal, alheias a interação medicamentosa com os antirretrovirais. As autoras concluíram que a assistência ao PF do grupo pesquisado apresenta lacunas na qualidade, ao ressaltarem a baixa adesão ao uso de preservativo e o desconhecimento quanto a interação medicamentosa entre o anticoncepcional hormonal e alguns antirretrovirais (EVANGELISTA; MOURA, 2011).

A assistência ao PF desse público-alvo, no país, deve ser oferecida na atenção básica por meio das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas quais o enfermeiro é responsável pela maior parte dos atendimentos nessa área. O enfermeiro também atua na atenção em PF de ambulatórios especializados, como é o caso do atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids acompanhadas em serviços de maior complexidade.

Em face ao exposto, verificou-se a feminização do HIV/aids, com elevado número de casos na fase reprodutiva, o que gera demanda aos serviços de PF, tanto em anticoncepção quanto em concepção, por profissionais treinados; baixa qualidade da atenção em PF de pessoas vivendo com HIV/aids, apesar de constituir direito reprodutivo dessa população; e ampla inserção do enfermeiro nessa área do cuidado, a qual exige profissionais treinados. Assim, surgiu a inquietação com relação à disponibilidade de protocolos que pudessem oferecer suporte técnico aos enfermeiros que atuam nessa área.

Protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseados na melhor informação científica, logo, tornam-se ferramentas para a utilização na área da saúde, reduzindo a variação inapropriada da prática clínica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quanto à natureza, os protocolos podem ser de organização dos serviços ou clínicos. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionados à atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e

educativas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Para os mesmos autores seu uso contribui para a qualificação do atendimento; a organização e a otimização da assistência; economia de tempo, evitando duplicidade de tarefas; racionalização do cuidado, procedimentos, condutas e materiais; adaptação da evidência científica à realidade local e satisfação de usuários.

Busca realizada por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral, que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores: *protocols* e *contraception*, identificou 108 trabalhos científicos. Porém, quando se adicionou aos descritores *protocols* e *contraception*, o descritor “*HIV infections*”, ficaram três estudos: um abordando a prevenção da transmissão vertical do HIV (TOURÉ *et al.*, 2013); um voltado à avaliação do risco sexual de adolescentes (MARTYN; MARTIN, 2003); e outro tratando da prestação de serviços de PF para mulheres soropositivas (HAYFORD; AGADJANIAN, 2010).

Verificou-se, pois, a inexistência de protocolos clínicos direcionados ao PF de mulheres e/ou casais com HIV/aids. Assim, decidiu-se pela elaboração e avaliação da qualidade de um protocolo que atendesse a essa lacuna, estabelecendo-se como objeto de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver¹ protocolo clínico para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar protocolo clínico para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Avaliar a qualidade do protocolo clínico para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.

¹ O verbo “desenvolver” foi usado no objetivo geral com a mesma conotação que lhe é atribuída na definição do tipo de pesquisa de desenvolvimento, adotado nesta dissertação (ver página 56).

3 ESTADO DA ARTE

As diferentes formas de revisão da literatura reúnem desde o método da revisão bibliográfica tradicional (revisão narrativa), passando pelos métodos de revisões sistemáticas, a destacar o método da revisão integrativa.

A revisão narrativa compreende a busca na literatura de publicações de aspecto amplo, não informando a metodologia usada para buscar as referências nem os critérios utilizados na avaliação e seleção de trabalhos, reunindo, basicamente, a análise da literatura e a interpretação crítica pessoal do autor. Esse tipo de revisão é apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

Por outro lado, a revisão integrativa consiste em sintetizar resultados de pesquisas realizadas anteriormente e mostra as conclusões sobre um fenômeno específico, englobando todos os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca desta literatura. Os dados resumidos e comparados permitem obter conclusões gerais sobre o problema ou questões de pesquisa (CROSSETTI, 2012).

A revisão integrativa na Enfermagem tem sido proposta por diferentes autores cujos procedimentos metodológicos se diferenciam no número de etapas e na forma como propõem desenvolvê-las e apresentá-las. A mesma autora afirma que o processo segue basicamente cinco etapas, que são: formulação do problema, coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura, avaliação dos dados, análise e apresentação, e interpretação dos resultados.

Assim, para descrever o estado da arte referente ao objeto de pesquisa da presente dissertação foram desenvolvidas uma revisão narrativa, abordando a importância do uso de protocolos clínicos no contexto das políticas e práticas de saúde direcionadas ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids (3.1); e uma revisão integrativa, abordando a assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids (3.2), conforme se apresenta a seguir. Ambas seguiram as etapas propostas por Crossetti (2012).

3.1 Importância do uso de protocolos clínicos no contexto das políticas e práticas de saúde direcionadas ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids

Os protocolos são rotinas de cuidados e ações de gestão de um serviço, equipe ou departamento, respaldados na melhor evidência científica disponível. Estes têm sua função direcionada para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A partir do direcionamento de suas funções, os protocolos apresentam-se divididos em duas categorias: os protocolos de organização de serviço e os protocolos clínicos. O primeiro consiste em um instrumento de gestão que abrange a organização do trabalho em uma unidade ou território, fluxos administrativos, processos de avaliação e o sistema de informação; o segundo direciona a atenção à saúde dos usuários, desenvolvendo ações preventivas, promocionais e educativas. Esses são desenvolvidos para auxiliar no manejo clínico de um problema de saúde, respaldando-se na melhor informação científica, devendo servir para atualização na área da saúde, auxiliando a reduzir a prática clínica inapropriada (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Nesse contexto, os autores reforçam a importância do uso do protocolo clínico na atenção ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids, favorecendo o desenvolvimento de ações de qualidade por meio da instrumentação técnico-científica dos provedores de serviços.

O uso de protocolos clínicos traz consigo uma diversidade de benefícios para os serviços de saúde, gestores, profissionais e usuários, como a padronização da prática clínica com embasamento científico consistente e atualizado, permitindo um repasse atualizado de técnicas e informações aos usuários; a otimização e a economia de recurso e tempo; e o auxílio aos profissionais sobre decisões apropriadas nos cuidados de saúde e circunstâncias clínicas específicas (STEIN *et al.*, 2003).

De forma a padronizar e a garantir efetividade e eficácia, a elaboração de um protocolo clínico deve estar pautada nas políticas públicas de saúde, em particular no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas políticas direcionadas especificamente para a temática do protocolo (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Historicamente, tem-se em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal e o retorno do país ao regime democrático, a consagração da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante as políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doenças e outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e

serviços para promoção, proteção e recuperação (SOUZA; COSTA, 2010). O contexto buscava a implementação do estado de bem-estar social, a nova carta exaltava a saúde como direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde.

A consolidação do SUS como principal política de saúde brasileira ocorreu em meio a processos históricos marcados pela criação de um Sistema que teve seu cerne pautado na Reforma Sanitária Brasileira. Esta foi considerada uma resposta ao sistema excludente, meritocrático e desigual que permeou a saúde brasileira durante os primórdios de sua história. Esse fato pôde ser observado em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), por meio da lei Eloy Chaves e, em 1932, no governo de Getúlio Vargas, quando essas passaram a se chamar Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e estavam direcionadas a atender a necessidade de uma minoria de trabalhadores (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Em 1967, durante o governo militar, os IAPS foram unificados e passaram a se chamar o Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS). Em 1977, porém, foi modificado para Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), ambos priorizavam a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários, fato que se mostrou altamente danoso para a saúde pública e a economia brasileira, caracterizando um componente assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As péssimas condições de saúde da população, bem como o agravamento dos problemas financeiros da previdência social, serviram de impulso para o movimento médico e popular que foram de grande importância na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Tinha-se como cenário, então, a inexistência de financiamento adequado e o modelo de compra de serviços privados altamente custosos, que contribuíram para o aumento do *déficit* no setor saúde. Além disso, desenvolveu-se, entre os sanitaristas da época, um ideário reformista que almejasse melhores condições sanitárias e que estas estivessem diretamente relacionadas à ampliação do conceito de cidadania e de Promoção da Saúde. Tais proposições estavam pautadas no ideário e nas orientações internacionais que a partir da Conferência de Alma-Ata (1978) propunham uma ampliação da atenção à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ao analisar a visão remodeladora da saúde, a Conferência de Alma-Ata reafirma que a promoção e a proteção dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento social e econômico, declarando a importância de cuidados primários à saúde (BRASIL, 2002).

Tomando como base os princípios da Conferência de Alma-Ata, outro marco importante foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu no Canadá em 1986, resultando na Carta de Ottawa, a qual engloba um conceito amplo de saúde e define como promoção da saúde o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para melhorar sua qualidade de vida. A referida Carta preconiza, ainda, as condições e recursos para a saúde, abrangendo: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Nesse contexto, foram delimitadas cinco principais linhas de ação para promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A I Conferência serviu de alicerce para as futuras conferências internacionais de Promoção da Saúde, nas quais foi aprimorado o conceito debatido, adequando-o a realidade e as necessidades vividas em cada período. A II Conferência Internacional, por exemplo, ocorrida, em 1988, e que resultou na Carta de Adelaide, destacou quatro áreas prioritárias para a realização de políticas públicas: a saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e ambientes saudáveis; a III Conferência Internacional, ocorrida, em 1991, e que resultou na Declaração de Sundsväl, ressaltou a interdependência entre a saúde e o ambiente; e a IV Conferência Internacional, ocorrida em 1997, e que resultou na Declaração de Jacarta, enfocou a importância da participação do setor privado nas atividades de Promoção da Saúde (CZERESNIA, DINA; 2009).

Os ideários preconizados pelas Conferências supracitadas serviram de base para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no Brasil, encontro que antecedeu e estabeleceu as principais demandas da Reforma Sanitária, como a necessidade de expandir o setor público a todos os cidadãos e integrar a Medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Destarte, a Reforma Sanitária pautou-se na adoção de uma concepção ampliada de saúde, na crença da democracia, na incorporação de demandas sanitárias, na democratização e aceitação das classes populares como sujeitos políticos e na construção de um paradigma de determinação social de saúde (FLEURY, 2009).

Atualmente, o SUS é baseado nos princípios doutrinários de universalidade que garante atenção a saúde de todo e qualquer cidadão, bem como o acesso a todos os serviços públicos de saúde; de equidade, que assegura acesso igual a todos conforme a necessidade requeira; e de integralidade, afirmando o usuário como ser indivisível e integrante de uma

comunidade e este deve ser atendido de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

É nesse panorama que a Política de Planejamento Familiar se insere no contexto do SUS, onde inclui, na Constituição Federal de 1988, no Título VIII da Ordem Social, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, afirmando que este é um direito de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988).

Em 1996, a lei 9.263 regulamentou a Constituição Federal no que tange ao Planejamento Familiar, garantindo que a concepção e a anticoncepção estão postas como atividades básicas prestadas pelo SUS em todos os níveis, sendo garantidas à mulher, ao homem ou ao casal, além de ter acesso a condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos, que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 1996).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem o planejamento familiar inserido em seus objetivos específicos, garantindo o estímulo a implantação e a implementação desse no âmbito da atenção integral à saúde (BRASIL, 2004).

Ainda visando um atendimento qualificado em PF, em 2005, o Ministério da Saúde lançou mão da Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos que dentre outras abordagens, garante que a política de PF deve ser organizada no âmbito da atenção integral, enfatizando a importância das ações de PF serem desenvolvidas junto com ações de prevenção do HIV/aids (BRASIL, 2005)

Em 2007, o Governo Federal apresentou o “Programa Mais Saúde: direito de todos” como forma de reafirmar os preceitos do SUS, estabelecendo como meta a expansão do PF, garantindo uma maior oferta de métodos anticoncepcionais (MACs) reversíveis e irreversíveis, além da distribuição de cartilhas sobre direitos sexuais e reprodutivos para usuários(as) (BRASIL, 2007).

Observa-se, portanto, que as Políticas Públicas direcionadas ao PF abordam, dentre outras perspectivas, a importância da conscientização do homem, da mulher e do adolescente em sua prática, o conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e o atendimento de forma integral. Nesse ideário do atendimento integral e do suprimento de ações específicas no atendimento, repousa a necessidade de atendimento em PF as mulheres e/ou casais soropositivos.

A assistência ao PF de mulheres soropositivas deve ser um atendimento especializado, seguro, uniformizado e efetivo, onde a concepção e a anticoncepção possam ser abordadas de forma mais atual e científica possível, garantindo o menor risco a mulher, ao parceiro e ao futuro filho (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Visando introduzir a qualidade do atendimento, em 2006, o Pacto pela Saúde propõe que a atenção em PF seja amparada em procedimentos, protocolos e instruções. O uso de protocolos, por seguirem diretrizes do SUS, são estratégias fundamentais no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, além de garantir a padronização das ações e do processo de trabalho e fornecer uma maior segurança ao profissional (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Dessa forma, o uso de um protocolo clínico na atenção ao PF de pessoas soropositivas para o HIV/aids permitirá a redução da variação da prática clínica, proporcionando maior efetividade e eficiência; padronização de rotinas de trabalho, procedimentos e informações em PF, ressaltando os cuidados para a concepção e a anticoncepção; atualização científica, introduzindo novos conhecimentos, insumos e métodos a partir de estudos selecionados de evidência científica consistente; implementação de medidas para ampliar o acesso dessas mulheres e estabelecimento de relações mais efetivas com o enfermeiro (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

3.2 Assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids

Sobre o tema revisado, ou seja, a assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids foram formuladas as questões de pesquisa (etapa 1): quais os temas pesquisados sobre a assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids? Quais os resultados dessas pesquisas?

A busca na literatura (etapa 2) foi realizada em 15 de setembro de 2014, aplicando-se os descritores DeCS/MeSH “*HIV infections*” e “*Family planning*” como “descritores de assunto”, integrados pelo conector *and*, em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral do portal de busca da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Esta foi ampliada em 05 de março de 2015, aplicando-se os mesmos descritores-integrados pelo conector *and* em todos os índices das bases de dados CYNABL e Lilacs.

Os critérios de inclusão foram: somente artigos, publicados nos últimos cinco anos (2010 a 2014), e escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos que, pela leitura do título ou do resumo não ofereceram informações de interesse às questões da revisão e os artigos repetidos.

Na avaliação dos artigos (etapa 3) foi realizada, inicialmente, a leitura dos títulos seguida pela leitura dos resumos com a finalidade de pré-selecionar aqueles com contribuições às questões da revisão. Quando o título e/ou o resumo não responderam a essa finalidade, a pré-seleção foi realizada com base na leitura do texto na íntegra (quando disponível gratuitamente).

A análise e apresentação dos artigos (etapa 4) seguiu uma planilha pré-estabelecida na qual era registrada um número de ordem e o título do artigo, país e continente de origem, idioma e base de dados (compondo um quadro), bem como a abordagem da pesquisa (local, participantes e método de pesquisa) e suas contribuições às questões da revisão (compondo um segundo quadro). Assim os resultados foram organizados em 10 quadros, uma vez que foram geradas cinco temáticas de resultados: intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids; uso de métodos anticoncepcionais e a infecção pelo HIV/aids; dinâmicas de serviços de PF a pessoas com HIV/aids; PF e gravidez em mulheres soropositivas; PF de puérperas vivendo com HIV/aids.

A interpretação dos resultados (etapa 5), ocorreu de modo analítico, destacando-se os pontos convergentes e divergentes dos estudos.

A busca inicial pela aplicação dos descritores resultou em 185 artigos, que inicialmente tiveram seus títulos lidos e analisados na perspectiva de atender ao objeto de

estudo, ou seja, planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Nessa etapa, 97 foram excluídos por não apresentarem relação com a temática e oito encontravam-se repetidos, passando-se a leitura do resumo dos 80 artigos selecionados.

Na leitura dos resumos foram excluídos 33 artigos, também pela razão de não apresentarem contribuições ao objeto da pesquisa. Nessa etapa, o estudo seguiu com 47 artigos. Desses, 12 tiveram os resumos analisados e 35, o texto completo.

Dos 47 artigos analisados, sete foram produzidos em 2010, 15 em 2011, 11 em 2012, 13 em 2013 e um em 2014. Em relação ao idioma publicado, 46 estavam em inglês e um em português. Ao analisar a base de dados disponível, 35 estavam indexados na MEDLINE, um na LILACS e 11 na CINAHL.

O Quadro 1 apresentado a seguir permite visualizar o referido percurso da busca realizada.

Quadro 1 – Busca de artigos abordando o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

DeCS/MeSH aplicados	No. de publicações identificadas	No. de artigos sem contribuição às questões de pesquisa	No. de artigos repetidos	Total de artigos eleitos
<i>“HIV infections” and “Family planning”</i>	185	130	28	47 (35 textos completos; 12 resumos)

Fonte: elaboração da autora

3.2.1 Intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids

As intenções reprodutivas desse público-alvo, aqui apresentadas, permitem identificar que seus conhecimentos, motivações e crenças são favoráveis tanto a concepção quanto a anticoncepção, mostrando aos profissionais de saúde que atuam nessa área do cuidado a necessidade de acolher as demandas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids de forma competente, livre de preconceitos e de discriminações.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dos artigos analisados na referida temática conforme um número de ordem, o título do artigo, ano de publicação, país de origem/continente, idioma e base de dados.

Quadro 2 – Relação de artigos que abordam intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids selecionados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

No. /Título/Citação	País de origem/ Continente	Idioma	Base de dados
1. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116) (MARCELLIN <i>et al.</i> , 2010).	Camarões- África	Inglês	MEDLINE
2. Fertility intentions of HIV-infected women in the United Kingdom (CLIFFE <i>et al.</i> , 2011).	Reino Unido- Europa	Inglês	MEDLINE
3. Negotiation of risk in sexual relationships and reproductive decision-making amongst HIV sero-different couples (KELLY <i>et al.</i> , 2011).	Irlanda – Europa	Inglês	CINAHL
4. A conceptual framework for understanding HIV risk behavior in the context of supporting fertility goals among HIV-serodiscordant couples. (RISPEL <i>et al.</i> , 2011).	África do Sul- África	Inglês	MEDLINE
5. Sexual relations and childbearing decisions of HIV-discordant couples: an exploratory study in South Africa and Tanzania. (BADELL <i>et al.</i> , 2012).	África do Sul e Tanzânia-África e Ucrânia- Europa	Inglês	MEDLINE
6. Reproductive Healthcare Needs and Desires in a Cohort of HIV-Positive Women. (CRANKSHAW <i>et al.</i> , 2012).	Estados Unidos- América	Inglês	MEDLINE
7. HIV diagnosis and fertility intentions among couple VCT clients in Ethiopia (BONNENFANT; HINDIN; GILLESPIE, 2012).	Etiópia - África	Inglês	MEDLINE
8. A survey of the sexual and reproductive health of HIV-positive women in Leicester (MOSES; DHAR, 2012).	Reino Unido- Europa	Inglês	MEDLINE
9. Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark (LARSEN <i>et al.</i> , 2013).	Dinamarca- Europa	Inglês	MEDLINE
10. Fertility goal-based counseling increases contraceptive implant and IUD use in HIV-discordant couples in Rwanda and Zambia (KHU <i>et al.</i> , 2013).	Ruanda e Zâmbia - África	Inglês	MEDLINE

Fonte: elaboração da autora

O Quadro 3 apresenta as informações extraídas dos artigos analisados pertinentes à temática.

Quadro 3 – Contribuições dos artigos eleitos quanto as intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), 15 set. 2014.

Temática: Intenções reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids		
Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
1	Pesquisa realizada em Camarões, África, com 1433 mulheres em idade fértil, menores de 50 anos e em tratamento com antirretroviral.	Objetivou-se analisar os fatores associados ao desejo de ter filhos, encontrando-se que 791 (55,0%) das participantes tinham esse desejo, apresentando como principal motivação estar com boa qualidade de vida relacionada à saúde física.
2	Pesquisa realizada em Clínica de HIV no Reino Unido, Inglaterra, com 450 mulheres soropositivas, com idade de 16 a 49 anos.	Objetivou-se identificar as intenções reprodutivas das participantes, em que 336 (74,6%) relataram o desejo de ter filhos, ressaltando-se como motivos: estar com parceiro fixo e ter apenas um filho. Das 114 (25,4%) mulheres que não desejavam mais ter filhos, 46 (41,0%) mudaram de ideia com a progressão do tratamento.
3	Pesquisa realizada com seis mulheres e quatro homens heterossexuais, por meio de entrevista em profundidade, na Irlanda do Norte entre 2008 e 2009	Objetivou-se apreender significados pessoais e de tomada de decisão reprodutiva entre casais soro discordantes. Observou-se que os entrevistados, ao abordar a concepção, preocupavam-se com a transmissão vertical e horizontal do vírus. Esses estavam em acompanhamento por meio de consultas médicas que esclareciam e apoiavam a reprodução segura. O estudo também destaca que a decisão de conceber pela prática do sexo desprotegido, está imerso em preocupações e significados de gênero, incluindo amor, intimidade, prazer sexual e desejo de conceber sem intervenções médicas.
4	Não informado.	Foram identificados fatores que influenciam o comportamento reprodutivo de casais soro discordantes, como: influência do contexto sócio-político, econômico e cultural; determinantes individuais (estado sorológico e da saúde geral, desejo de ter filhos; influência masculina pela concepção; comportamento de redução de risco pelo uso de preservativos, circuncisão masculina, uso de antirretrovirais e a profilaxia pré-exposição pelo parceiro não infectado).

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
5	Pesquisa realizada com 36 casais soro discordantes na Tanzânia, África do Sul.	Retratou-se a influência do HIV nas relações sexuais e decisões de procriação de casais soro discordantes, em que 27 (75%) dos casais informaram que a relação de intimidade havia sido afetada pela condição discordante. Os casais sem filhos eram mais propensos a desejar uma gravidez, embora esse desejo seja influenciado pelo medo da transmissão do vírus para o parceiro não infectado.
6	Pesquisa realizada com 127 mulheres soropositivas, de 18 a 50 anos, que não estavam grávidas e eram atendidas em ambulatório de Clínica de Doenças Infecciosas em Atlântida, Estados Unidos.	Foram relatadas necessidades de anticoncepção e desejos de concepção de mulheres soropositivas, em que 29,4% desejavam uma gravidez futura, porém 46% dessas não previam o período para engravidar. Ter mais de quatro filhos e não estar em relacionamento estável são fatores que influenciam o desejo de não mais conceber.
7	Pesquisa realizada com 30 mulheres que realizavam tratamento para HIV em Nyanza, África.	Todas desejavam adiar ou não ter uma futura gestação, pelos motivos: efeitos negativos do HIV na gravidez e no parto, devido à baixa imunidade; risco da transmissão vertical do HIV; dificuldades financeiras; falta de apoio do companheiro, que as deixam reclusas a expor seus sentimentos, medos e angústias; e histórico de morte de filho pelo HIV/aids.
8	Pesquisa realizada com homens e mulheres residentes na Etiópia.	Observou-se o desejo de engravidar do casal antes e após a testagem para o HIV, percebendo-se que as mulheres de casais soro discordantes tornaram-se menos adeptas a ideia de uma futura gestação independentemente de ser ela ou o parceiro infectado pelo HIV. No sexo masculino, porém, os menos adeptos a ideia de uma futura gestação foram os soronegativos que formavam um casal soro discordante.
9	Pesquisa realizada com mulheres HIV-positivas em Leicester, Reino Unido.	O estudo que aplicou um questionário abordando práticas sexuais, o uso de métodos anticoncepcionais e planos de gravidez, verificou que 39% das mulheres respondentes estavam planejando gestações futuras.
10	Pesquisa realizada com 931 pacientes soropositivos recrutados em seis ambulatórios de HIV na Dinamarca.	Dentre os pacientes soropositivos, 93 (37%) não desejavam ter mais filhos, devido ao medo da transmissão vertical ou da transmissão para o(a) parceiro(a); receio de sua morte precoce gerando orfandade; e não encontrar o parceiro ideal.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
11	Pesquisa realizada com 610 casais sorodiscordantes em duas cidades africanas (Rwanda e Zambia).	Objetivou-se determinar as intenções de fertilidade entre casais sorodiscordantes, associando com os MACs. Foram analisados 409 casais aptos à procriação. Dentre esses, 340 (83,1%) não desejavam mais ter filhos; 44 (10,7%) desejavam ter filho nos próximos três anos; e 25 (6,1%) desejavam esperar pelo menos três anos para engravidar. Dos casais que não desejavam mais ter filhos ou que preferiram adiar a gestação por mais de três anos, 130 utilizavam métodos de longa permanência (30 optaram pelo Dispositivo Intrauterino (DIU) e 100 pelo implante). Entre os que desejavam engravidar, 38 utilizavam preservativos, 5 usavam anticoncepcional injetável e 1 usava anticoncepcional oral.

Fonte: elaboração da autora

Os artigos 1, 2, 9 e 11 apresentaram os percentuais de participantes soropositivos para o HIV que expressaram o desejo de conceber, correspondendo a 55,0%, 74,6%, 39,0% e 16,8% respectivamente.

O maior percentual de soropositivos para o HIV desejando conceber foi identificado no estudo 2 (74,6%), realizado em país europeu (Reino Unido), cujas justificativas foram ter um parceiro fixo e ter apenas um filho. O artigo 9 realizado nesse mesmo país, na região de Leicester, verificou percentual menor de mulheres soropositivas com o desejo de conceber (39,0%), porém ressalta-se que esse percentual correspondeu às mulheres que durante a pesquisa estavam planejando suas gestações, o que não representa o percentual total de mulheres com esse desejo. Os artigos 1 e 11 foram realizados em países africanos, cujos percentuais de participantes com desejo de conceber foi variável (55,0% e 16,8%). Destaca-se, porém, que, no estudo 11, 10,7% desejava engravidar nos três anos subsequentes ao estudo e 6,1% desejava adiar a gestação por, pelo menos, três anos.

No artigo 7, observou-se que todas as mulheres ou desejavam adiar a gestação ou não ter mais filhos, apresentando como motivos: os efeitos do HIV na gravidez e no parto, diminuindo a imunidade; o risco da transmissão vertical do HIV; a perda de filho relacionada a infecção pelo HIV; dificuldade financeira; e falta de apoio do parceiro.

De modo complementar, os artigos 6 e 10, realizados em país americano (Estados Unidos) e europeu (Dinamarca), respectivamente, apresentaram percentuais de participantes sem desejo de conceber, correspondendo a 29,4% e 37,0%, respectivamente. As justificativas

apresentadas no artigo 6 recaíram sobre ter mais de quatro filhos e não ter relacionamento estável; e no artigo 10 sobressaiu o medo da transmissão vertical do HIV ou da transmissão para um dos parceiros (as), a morte precoce que repercute na orfandade, e dificuldade para ter o parceiro ideal.

Observa-se que a soropositividade para o HIV influencia a intenção reprodutiva, porém o número de filhos, a dificuldade financeira e o apoio do parceiro são também fatores determinantes das escolhas reprodutivas dessa população, o que é comum a maioria de homens, mulheres e/ou casais diante da decisão de ter ou não ter filhos, independente da soropositividade.

Os artigos 3, 4, 5, 11 apresentaram como característica comum, a amostra constituída por casais soro discordantes, em que o medo da contaminação do(a) parceiro(a) constitui um elemento a mais a influenciar a intenção reprodutiva.

A soro discordância mostra-se como um desafio à prática de PF, pois exige do profissional, atenção específica a materiais e métodos que garantam a redução no risco de transmissão do vírus ao parceiro não infectado.

No artigo 5, apesar da presença desse fator adicional, os participantes soro discordantes e sem filhos se mostraram mais dispostos a engravidar, embora existindo o medo de contaminação de um dos parceiros. No artigo 4, o contexto sócio-político, econômico e cultural; determinantes individuais (estado sorológico e de saúde geral, desejo de ter filhos pelo casal e desejo masculino pela concepção; e o comportamento de redução de risco (uso de preservativos, circuncisão masculina, uso de antirretrovirais e a profilaxia pré-exposição pelo parceiro não infectado) foram fatores identificados pelos participantes como determinantes de suas intenções reprodutivas. Além disso, o estudo 3, destaca que a decisão de conceber entre casais soro discordantes, realizando sexo desprotegido, está imerso em preocupações e significados de gênero, como amor, intimidade, prazer sexual e desejo de conceber sem intervenções médicas.

Observou-se, ainda, no artigo 8, que em se tratando de casais soro discordantes, as mulheres são mais propensas a rejeitar a ideia de uma futura gestação independentemente de ser ela ou o parceiro infectado pelo HIV. No sexo masculino, porém, os mais propensos a rejeitar uma futura gestação são aqueles infectados pelo vírus.

Além dos desafios biológicos, os casais soro discordantes enfrentam dificuldades cotidianas frente às questões reprodutivas, relações conjugais e familiares, pois essas, muitas vezes, encontram-se desestruturadas devido ao isolamento, aos conflitos causados por desejos

personais contrários aos desejos familiares para nova concepção e à separação do(a) parceiro(a) causada por sentimentos de infidelidade e de culpa (CURRAN *et al.*, 2012).

Observa-se, que a intenção de uma futura gestação por pessoas vivendo com o HIV/aids não perpassa apenas fatores biológicos, mas também fatores sociais, políticos e econômicos, estando moldada em preferências individuais e/ou do casal, em que o não apoio do parceiro representa um fator determinante à decisão de ter ou não filho(s).

Logo, é importante que mulheres, homens e/ou casais soropositivos para o HIV recebam informações quanto ao risco da transmissão vertical e da transmissão para o(a) parceiro(a), quanto às medidas de prevenção e uso de MACs indicados e acessíveis. O acesso a informações claras e adequadas permitirá a essas pessoas optarem ou não por uma futura gestação de forma segura, garantindo-lhes um planejamento para que a gravidez ocorra no melhor momento pessoal, familiar e clínico.

3.2.2 Uso de métodos anticoncepcionais e a infecção pelo HIV/aids

Analisar o uso de métodos MACs no contexto da infecção pelo HIV/aids contribui para a construção de uma visão geral acerca da segurança anticoncepcional na condição clínica dessa população, possibilitando reconhecer falhas relacionadas aos clientes e aos provedores de serviços.

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos artigos analisados na referida temática conforme um número de ordem, o título do artigo, ano de publicação, país de origem/continente, idioma e base de dados.

Quadro 4 – Relação de artigos abordando uso de métodos anticoncepcionais no contexto da infecção pelo HIV/aids selecionados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

No. /Título/Citação	País de origem/ continente	Idioma	Base de dados
1. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids (FIGUEIREDO, 2010).	Brasil- América	Português	LILACS
2. Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: implications for prevention. (CHAKRAPANI <i>et al.</i> , 2010).	Índia – Ásia	Inglês	MEDLINE
3. To use or not to use a condom: A prospective cohort study comparing contraceptive practices among HIV-infected and HIV-negative youth in Uganda.(KASHESYA, <i>et al.</i> , 2011).	Uganda – África	Inglês	MEDLINE
4. Modern Contraceptive and Dual Method Use among HIV-Infected Women in Lusaka, Zambia. (CHIBWESHA <i>et al.</i> , 2011).	Zâmbia – África	Inglês	MEDLINE
5. Prevalence of and barriers to dual-contraceptive methods use among married men and women living with hiv in India.(CHAKRAPANI <i>et al.</i> , 2011).	Índia – Ásia	Inglês	MEDLINE
6. Impact of learning HIV status on contraceptive use in the MIRA trial.(BLANCHARD <i>et al.</i> , 2011).	Zimbábue; Joanesburgo e Durban (África do Sul) –África	Inglês	MEDLINE
7. A randomized controlled trial to promote long-term contraceptive use among HIV-serodiscordant and concordant positive couples in Zambia. (STEPHENSON <i>et al.</i> , 2011).	Zâmbia – África	Inglês	MEDLINE
8. HIV Infection and Contraception. (MCCALL, VICOL; 2011).	Não informado	Inglês	CINAHL
9. A qualitative study of barriers to consistent condom use among HIV-1 serodiscordant couples in Kenya. (NGURE <i>et al.</i> , 2012).	Quênia- África	Inglês	CINAHL
10. Contraceptive discontinuation and switching among couples receiving integrated HIV and family planning services in Lusaka, Zambia. (HADDAD <i>et al.</i> , 2013).	Zâmbia – África	Inglês	MEDLINE

No. /Título/Citação	País de origem/ continente	Idioma	Base de dados
11. Factors associated with the use of irreversible contraception and continuous use of reversible contraception in a cohort of HIV-positive women. (KANCHEVA <i>et al.</i> , 2013).	Tailândia – Ásia	Inglês	MEDLINE
12. Trends and correlates of hormonal contraceptive use among HIV-infected women in Rakai, Uganda, 1994-2006. (POLIS <i>et al.</i> , 2013).	Rakai-Uganda-África	Inglês	MEDLINE

Fonte: elaboração da autora

O Quadro 5 apresenta as informações extraídas dos artigos analisados pertinentes à temática.

Quadro 5 – Contribuições dos artigos eleitos quanto uso de métodos anticoncepcionais no contexto da infecção pelo HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

Temática: Uso de métodos anticoncepcionais no contexto da infecção pelo HIV/aids		
Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
1	Pesquisa realizada com 183 mulheres com HIV/aids no Estado de São Paulo, Brasil.	Investigou-se o uso de preservativos e outros MACs entre mulheres com HIV/aids, encontrando-se que 115 (62,8%) aderiram ao uso de preservativo masculino após conhecimento da infecção. Dessas, 89 (77,2%) utiliza-o exclusivamente e 26 (22,8%) associado à pílula, injeções hormonais, coito interrompido, tabelinha ou duchas vaginais. A contracepção de emergência era conhecida por 94 (51,4%) e utilizada por 5 (2,7%) mulheres.
2	Pesquisa realizada na Índia com pessoas heterossexuais, com o HIV. Participaram 100 homens e 100 mulheres, utilizando-se oito grupos focais e entrevistas em profundidade	Foram analisados os comportamentos sexuais de pessoas heterossexuais vivendo com HIV/aids. Obteve-se que um terço dos homens (33) e um quarto das mulheres (25) utilizavam o preservativo de forma inconsistente com parceiros sexuais regulares, devido à crença de que os preservativos são desnecessários para casais soroconcordantes; insatisfação sexual com o preservativo; desejo de ter mais um filho; alcoolismo do companheiro; depressão e ansiedade; temor da divulgação do estado sorológico e que a imposição ao uso do preservativo cause discórdia conjugal; e aconselhamento inadequado pelos prestadores de serviços. Por outro lado, os fatores determinantes do uso do preservativo de forma consistente foram: responsabilidade pessoal pela saúde do parceiro; desejo de prevenir DSTs; e a crença de que os preservativos são necessários para a eficácia da terapia antirretroviral.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
3	Pesquisa realizada com 501 jovens soronegativos e 276 jovens soropositivos de 15 a 24 anos ao longo de um ano, em Kampala, capital da Uganda.	Explorou-se a prática anticoncepcional de jovens infectados e não infectados pelo HIV. Entre os sexualmente ativos, os soropositivos afirmaram utilizar como MAC principal o preservativo (72%), porém o uso consistente foi afirmado por 24% dos jovens; 21% relataram utilizar pílulas e injeções e 6% utilizavam a dupla proteção. Dentre os soronegativos e sexualmente ativos, o preservativo também foi o MAC mais utilizado (79%), porém a taxa de uso consistente foi maior, 38%; as pílulas e injeções eram utilizadas por 19%; e a dupla proteção por 2%.
4	Pesquisa realizada com 18.407 mulheres em tratamento com antirretrovirais em 16 clínicas de HIV em Lusaka, Zâmbia.	Descreveu-se o resultado de uma intervenção de aconselhamento em saúde reprodutiva. Das mulheres aconselhadas, 10.904 (59,2%) relataram uso de MAC (preservativo, injetável exclusivo de progestágeno, anticoncepcional oral combinado, implante de levonorgestrel, DIU) e esterilização. Dessas, 1.927 (17,7%) afirmaram realizar a dupla proteção.
5	Pesquisa realizada na Índia com 93 homens e 97 mulheres casados, infectados pelo HIV, antes e após o diagnóstico de infecção pelo vírus.	Pesquisou-se o uso de preservativos por casais casados e infectados pelo HIV antes e após o diagnóstico da infecção pelo vírus, avaliando os fatores relacionados e as barreiras enfrentadas frente à dupla proteção após o diagnóstico. O uso do preservativo aumentou de 25 (13%) para 175 (92%) após o diagnóstico. A prevalência da dupla proteção também aumentou em 18% (passando de 5% para 23%) após o diagnóstico. Como barreiras à dupla proteção, destacaram-se a falta de orientação sobre os MACs por parte dos profissionais, a não aceitação do parceiro em utilizar os dois métodos e a falta destes nas consultas de planejamento familiar.
6	Pesquisa realizada com 4954 mulheres, em Zimbábue, Johannesburgo e Durban.	Analisou-se o efeito da soropositividade sobre as práticas anticoncepcionais, constatando-se que o fato de se tornar HIV positivo não altera os padrões de uso dos MACs ou a probabilidade de mudança de MACs.
7	Pesquisa de coorte realizada com 1502 casais infectados pelo HIV em Zâmbia, Centro-Sul da África.	Foi apresentada uma análise sobre o uso de MACs de longa permanência (DIU e implante subcutâneo) após a intervenção de um vídeo educativo abordando os referidos métodos, além de comportamentos sexuais saudáveis. Casais que assistiram ao vídeo foram mais propensos a escolher o DIU (5,3%) do que aqueles que não o fizeram (1,4%); o implante, porém, foi semelhante nos dois grupos.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
8	Pesquisa revisando métodos anticoncepcionais disponíveis para mulheres soropositivas, relacionando-os com a infecção pelo vírus.	Destacou-se a utilização de métodos, como o preservativo masculino, sendo a estratégia mais eficaz para reduzir a transmissão do vírus; o preservativo feminino, afirmando que este é tão eficaz quanto masculino, porém os erros na utilização são mais frequentes; os anticoncepcionais hormonais, que não oferecem proteção à transmissão do vírus; o Dispositivo Intrauterino (DIU), demonstrando risco potencial para desenvolvimento de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) em mulheres soropositivas; o diafragma associado ao espermicida, destacando a importância do uso limitado por mulheres portadoras do HIV e a esterilização, que não reduz o risco de transmissão do vírus. Além disso, associou-se o uso de métodos anticoncepcionais à infecção pelo HIV, ressaltando-se a interação dos anticoncepcionais hormonais combinados à Terapia Antirretroviral (TARV), devido a metabolização hepática do componente estrogênico. Desse modo, garante-se um aumento da eficácia anticoncepcional quando se associa o anticoncepcional hormonal combinado a um método de barreira, como o preservativo masculino ou feminino.
9	Pesquisa realizada por meio de entrevistas (28 sujeitos) e grupos focais (9 sujeitos), que estavam em relação de sorodiscordância com o parceiro.	As barreiras ao uso consistente do preservativo entre casais heterossexuais soro discordantes, cientes do estado sorológico e do uso do preservativo como estratégia de redução de riscos foram: a não adesão masculina, a incapacidade de negociação por parte de suas companheiras e o desejo de conceber.
10	Pesquisa realizada com casais soropositivos em Lusaka, Zâmbia.	Foram descritos fatores associados à interrupção e à continuidade do uso de MACs e do preservativo, destacando-se que a interrupção dos mesmos estava relacionada com a idade, o desejo de ter mais filhos no ano seguinte, sangramento menstrual intenso, cistite e disúria. O uso consistente foi atribuído à preocupação com a saúde do casal e ao desejo de não ter mais filhos.
11	Pesquisa realizada na Tailândia com 196 mulheres soropositivas.	Foram avaliados fatores associados ao uso de MACs reversíveis e irreversíveis, em que 171 (87%) referiram utilizar o preservativo masculino e 110 (56%) outro MAC, como a laqueadura tubária (42%), influenciada pelo fato de ter filhos e baixa condição econômica; e a contracepção hormonal (14%), influenciada pela vida sexual ativa e a prescrição de anticoncepcionais por profissionais.
12	Pesquisa realizada com mulheres infectadas pelo HIV em Rakai, África Subsaariana.	O uso de MACs hormonais aumentou de 5,7%, em 1994, para 19,2%, em 2006. Apesar desse aumento, fatores influenciam o não uso do anticoncepcional hormonal, como sintomas sugestivos de infecções

		oportunistas, não ter parceiro sexual, uso do preservativo, amamentação e idade mais avançada.
--	--	--

Fonte: elaboração da autora

Observou-se nos artigos apresentados que o uso de MACs por pessoas vivendo com HIV/aids é permeado de lacunas que mantém grande parte dessas pessoas exposta a recontaminação pelo HIV e/ou a gravidez não planejada.

Diante do processo de feminização, juvenização e pauperização da epidemia da aids, a assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids deve focar a dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DSTs, o controle da carga viral e da gravidez não planejada (BRASIL, 2010a). A gravidez não planejada em mulheres soropositivas pode representar um sério risco à saúde da mãe e do futuro concepto, pois a concepção poderá ocorrer em condições clínicas favoráveis a transmissão vertical do HIV (elevada carga viral e baixa carga de imunidade materna).

Os percentuais de uso de preservativo entre as pessoas vivendo com HIV/aids foi bastante diversificado nos estudos analisados. Foram identificados percentuais de 77,2% e de 72% de uso exclusivo de preservativo (artigos 1 e 3, respectivamente). O uso de preservativo associado a outro MAC foi verificado em percentuais de 22,8% e de 17,7% (artigos 1 e 4). No artigo 2, realizado com homens e mulheres soropositivos, os percentuais de uso de preservativo associado a outro MAC foram de 33% (entre homens) e 25% (entre mulheres).

Em face ao exposto, o artigo 5 desenvolvido na Índia, apresenta resultados animadores ao detectar que após o diagnóstico de HIV, o uso de preservativo passou de 13% para 92%.

Dentre os motivos para o uso consistente do preservativo, as pesquisas analisadas descreveram: responsabilidade pessoal pela saúde do parceiro, desejo de prevenir as DSTs e a crença de que os preservativos são necessários para a eficácia da terapia antirretroviral. Quanto ao uso inconsistente, os principais motivos foram: crença de que os preservativos são desnecessários para casais soro concordantes, falta de satisfação sexual com o uso do método, desejo de ter mais filhos, alcoolismo do companheiro, depressão, ansiedade, temor de que a divulgação do estado sorológico e a imposição do preservativo causem discórdia conjugal, bem como aconselhamento inadequado pelos prestadores de serviço (artigo 2 e 9).

Assim, o artigo 2 e o artigo 9 expõem como dificuldade para o uso consistente do preservativo a não adesão do parceiro sexual e a incapacidade de negociar seu uso por parte de suas companheiras, gerando um sentimento de impotência diante dos conflitos de relacionamento que podem surgir na imposição do uso do método. Esse fato reflete a soberania masculina na utilização do preservativo masculino, onde seu uso consistente

depende, muitas vezes, de um diálogo claro e efetivo entre o casal a fim de prevenir DSTs e gestações não planejadas.

O uso do preservativo deve ser de forma consistente, ou seja, corretamente e em todas as relações sexuais. Dessa forma, a taxa de gravidez é de três para cada 100 mulheres no primeiro ano do uso (3,0%). Entende-se, portanto, que a eficácia desse método depende da motivação do casal para usá-lo em toda relação, tempo de experiência com o método e da qualidade do produto (BRASIL 2010a).

Outro aspecto que merece interpretação diz respeito ao uso da dupla proteção pelas pessoas com HIV/aids, isto é, o uso do preservativo associado a outro MAC, o que irá conferir maior eficácia contraceptiva. Encontrou-se prática da dupla proteção em 23%, 22,8%, 17,7% e 6% dos grupos pesquisados (artigos 5, 1, 4 e 3, respectivamente). Esses achados confirmam a necessidade de melhorar a assistência ao planejamento familiar dessa população, em que o uso do protocolo clínico (objeto de estudo da presente dissertação) é uma ferramenta recomendável.

Como barreiras encontradas à prática da dupla proteção, destacam-se a falta de orientação sobre os MACs por parte dos profissionais, a não aceitação do parceiro em utilizar os dois métodos e a falta do mesmo nas consultas de planejamento familiar (artigo 5). Portanto, os fatores relacionados a não utilização da dupla proteção estão relacionados à mulher, ao parceiro e/ou ao casal, bem como da escassez de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde.

Colaborando com o exposto, o artigo 8 propõe a dupla proteção, destacando a interação entre alguns anticoncepcionais hormonais e determinados antirretrovirais. Esse estudo destaca que os anticoncepcionais hormonais combinados interagem principalmente com os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleotídeos por possuírem a mesma via de metabolização hepática. Por outro lado, o anticoncepcional injetável mensal, depósito de acetato de medroxiprogesterona, não apresentam interação comprovada com os antirretrovirais.

Por fim, verificou-se em pesquisa realizada em países africanos que se tornar soropositivo para o HIV não altera os padrões de uso dos MACs ou a probabilidade de mudança de MACs (artigo 6); e que intervenção educativa realizada com vídeo abordando DIU e implante, os casais que assistiram ao vídeo eram mais propensos a escolher o DIU (5,3%) do que aqueles que não o fizeram (1,4%), porém o implante foi semelhante nos dois grupos (artigo 7); na Tailândia-Ásia (artigo 11), 87% do grupo pesquisado usava preservativo, 42% estavam laqueadas e 14% usavam hormonais; também em Uganda (Rakai

(artigo 12) estudo revelou que o uso de anticoncepcionais hormonais aumentou de 5,7%, em 1994, para 19,2%, em 2006.

O uso de MACs, como a laqueadura tubária, foi influenciado pelo fato de se ter filhos e baixa condição econômica; o uso de métodos hormonais mostrou-se influenciado pela vida sexual ativa e a prescrição por profissionais (artigo 11). Ademais, a idade, o desejo de ter mais filhos no ano seguinte, sangramento menstrual intenso, cistite e disúria contribuem para a interrupção do uso de MACs, enquanto a continuidade do MAC ocorreu devido à preocupação com a saúde do casal e o desejo de não ter mais filhos (artigo 10).

Nesses achados, podem-se perceber avanços e desafios à assistência ao planejamento familiar. Avanços como a adesão ao uso do preservativo, a prática da dupla proteção e o uso de estratégias capazes de promover esses cuidados. Como desafios, destacam-se a necessidade de elevar a adesão a esses cuidados, a ausência de impacto da soropositividade para o HIV com relação aos mesmos cuidados, a desinformação quanto ao uso de preservativos após a soropositividade e aconselhamentos inadequados ou ausentes por parte de profissionais.

Portanto, o aconselhamento de mulheres soropositivas direcionado para a concepção deve abordar cuidados direcionados para os aspectos biológicos (investigação das condições imunológicas; da presença de comorbidades, como as DSTs, infecção pelos vírus da Hepatite B e C, e tuberculose; dependência de drogas, fumo e/ou álcool; uso de antirretrovirais e outros medicamentos) e psicossociais (BRASIL, 2010b).

Na assistência ao planejamento familiar de pessoas com HIV/aids, o profissional de saúde pode lançar mão de estratégias que promovam a adesão aos MACs, bem como a dupla proteção que, dentre os artigos analisados, tem-se destaque para o uso de tecnologias educativas, como o vídeo (artigo 7).

A consulta de PF é um momento propício para o aconselhamento direcionado a pessoa vivendo com HIV/aids. Esta deve ser uma oportunidade para discussão e reflexão acerca da condição clínica e de tratamento dessas pessoas, esclarecendo os meios de transmissão da doença (incluindo a transmissão vertical) e explorando as expectativas e interesse em utilizar a dupla proteção.

3.2.3 Dinâmicas de serviços de planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids

Conhecer as estratégias e práticas desenvolvidas nos serviços de PF influencia positivamente a construção de um atendimento de excelência, permitindo extrair os aspectos positivos e negativos abordados.

O Quadro 6 apresenta uma síntese dos artigos analisados na referida temática conforme um número de ordem, o título do artigo, ano de publicação, país de origem/continente, idioma e base de dados.

Quadro 6 – Relação de artigos que abordam dinâmicas de serviços de planejamento familiar a pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

No./Título/Citação	País de origem/ Continente	Idioma	Base de dados
1. Referral and referral facilitation behavior of family planning providers for women with HIV infection in the southern United States. (FELIX <i>et al.</i> , 2010).	Estados Unidos	Inglês	MEDLINE
2. Providers' views concerning family planning service delivery to HIV-positive women in Mozambique. (HAYFORD; AGADJANIAN, 2010).	Moçambique- África	Inglês	MEDLINE
3. Patient-provider communication and reproductive health among HIV-positive women in Rio de Janeiro, Brazil. (MALTA, 2010).	Brasil – América	Inglês	CINAHL
4. Access of people living with HIV to infertility services: perspective of Brazilian healthcare professionals. (ROSSY; AMARAL; MAKUCH, 2011).	Brasil – América	Inglês	CINAHL
5. Impact of integrated family planning and HIV care services on contraceptive use and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. (KOSGEI <i>et al.</i> , 2011).	Quênia – África	Inglês	MEDLINE
6. Integration of Routine Rapid HIV Screening in an Urban Family Planning Clinic. (CRINITI <i>et al.</i> , 2011).	Estados Unidos – América	Inglês	CINAHL

No./Título/Citação	País de origem/ Continente	Idioma	Base de dados
7. Service delivery characteristics associated with contraceptive use among youth clients in integrated voluntary counseling and HIV testing clinics in Kenya. (BAUMGARTNER <i>et al.</i> , 2012).	Quênia- África	Inglês	CINAHL
8. Unmet need for effective family planning in HIV-infected individuals: results from a survey in rural Uganda. (JHANGRI <i>et al.</i> , 2012).	Uganda-África	Inglês	MEDLINE
9. Sexual and reproductive health needs of HIV-positive women in Botswana – a study of health care worker's views. (SCHAAN <i>et al.</i> , 2012).	Botswana – África	Inglês	CINAHL
10. Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives from HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya. (NEWMANN <i>et al.</i> , 2013).	Quênia-África	Inglês	MEDLINE
11. Meeting the family planning needs of women living with HIV in US government global health programs. (JOHNSTON <i>et al.</i> , 2013).	Estados Unidos – América	Inglês	MEDLINE
12. Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence. (WILCHER <i>et al.</i> , 2013).	Não informado	Inglês	MEDLINE
13. Integration of family planning services into HIV care and treatment in Kenya: a cluster-randomized trial. (GROSSMAN <i>et al.</i> , 2013).	Não informado	Inglês	MEDLINE
14. Integration of HIV/ AIDS Services with Maternal, Neonatal and Child Health, Nutrition, and Family Planning Services. (LISY, 2013).	Não informado	Inglês	CINAHL

Fonte: elaboração da autora

O Quadro 7 apresenta as informações extraídas dos artigos analisados pertinentes à temática.

Quadro 7 – Contribuições dos artigos eleitos quanto a dinâmicas de serviços de planejamento familiar a pessoas vivendo com HIV/aids. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

Temática: Dinâmicas de serviços de PF a pessoas vivendo com HIV/aids		
Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
1	Pesquisa realizada com 456 profissionais que prestam cuidados a pacientes HIV-positivo.	Descreveu-se o atendimento em PF a pacientes vivendo com HIV/aids. A maioria dos profissionais referenciava esses pacientes para atendimento em outro serviço, não sendo as ações de PF oferecidas no contexto do atendimento ao paciente com HIV/aids.
2	Pesquisa realizada com equipe de saúde materno-infantil de 52 clínicas situadas no Sul de Moçambique.	Foram pesquisados os desafios e obstáculos enfrentados na prestação de serviços de PF a mulheres HIV-positivo, constando que em todas as clínicas que prestavam esse serviço, os profissionais relataram que recursos limitados, estigma pela infecção e a resistência em utilizar o preservativo influenciavam negativamente a assistência em PF desse público.
3	Pesquisa realizada com mulheres soropositivas, com idade de 18 a 40 anos, recrutadas em unidades de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro, por meio de grupos focais (n=3), entrevistas em profundidade (n=15) e entrevistas livres (n=36).	Objetivou-se avaliar a comunicação médico-paciente acerca dos cuidados sexuais e reprodutivos a mulheres soropositivas em terapia antirretroviral. Os pontos negativos destacados foram: falta de apoio e de comunicação nas consultas, julgamentos por parte de profissionais e foco apenas no uso de preservativo. Como ponto positivo foi citado o esclarecimento de dúvidas sobre a infecção pelo HIV/aids.
4	Pesquisa realizada com gestores dos programas de HIV/aids das capitais brasileiras e de 16 municípios que possuíam mais de 500.000 habitantes e com profissionais do serviço (coordenador, médicos, enfermeiro, psicólogo e assistente social) em cada uma das cinco regiões geográficas do país.	Investigou-se os serviços ofertados as pessoas vivendo com HIV/aids que desejavam engravidar. Apenas um serviço vinculado a uma universidade fornecia essa assistência para casais soropositivos que desejavam conceber, apesar de 64% dos serviços estaduais direcionados ao HIV/aids e 73% dos serviços municipais oferecerem aconselhamento em planejamento familiar. Como dificuldades à oferta do serviço em concepção, tem-se a dificuldade da paciente em falar do desejo de conceber, a falta de decisão política e de recursos humanos, além dos problemas financeiros.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
5	Pesquisa de coorte retrospectiva, realizada no Quênia, com mulheres HIV positivas que eram atendidas em clínicas de PF e cuidados ao HIV/aids.	O estudo abordou a integração dos serviços de PF aos cuidados aos pacientes com HIV/aids, constatando que essa integração promove a adesão ao uso dos MACs, porém, não influenciou no número de gestações ocorridas no período do estudo.
6	Pesquisa realizada com médico gineco-obstetra, clínico, conselheiro para HIV e testagem, de clínica de PF.	O estudo descreveu como os membros de uma clínica de PF criaram um modelo de integração entre o atendimento em PF e os cuidados reprodutivos às pessoas com HIV/aids. Essa integração aumentou a testagem para o HIV e sua aceitação entre a população assistida.
7	Pesquisa de seguimento realizada em 20 clínicas que integravam serviços de HIV/aids e de PF.	Descreveu-se a influência da integração dos serviços de cuidado ao HIV/aids e PF sobre o comportamento anticoncepcional, encontrando-se que esse serviço específico não exerceu influência sobre escolhas anticoncepcionais de seus pacientes.
8	Pesquisa realizada com 206 indivíduos HIV positivos e negativos que viviam no Oeste de Uganda. Esses indivíduos não desejavam mais ter filhos e não estavam usando MAC altamente eficaz.	Verificou-se demanda reprimida de atendimento em PF com relação ao sexo e a infecção pelo HIV, identificando a população feminina e infectada pelo vírus como a mais atingida por essa problemática.
9	Pesquisa do tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática) realizada com 98 profissionais de saúde em clínicas de cuidados ao HIV/aids em Botswana.	Encontrou-se baixos escores (60%) de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, atitudes e práticas discriminatórias, em que 25% dos profissionais consideraram ser irresponsável o desejo de conceber de uma mulher soropositiva. Desse modo, enfatizou-se a necessidade de formação contínua sobre saúde sexual e reprodutiva de profissionais que prestam cuidados a mulheres soropositivas.
10	Pesquisa realizada no Quênia com 976 homens e mulheres soropositivos.	Avaliou-se a adesão de homens e mulheres soropositivos ao serviço de PF quando disponibilizado em uma clínica de tratamento para HIV, resultando em relato positivo da maioria das mulheres (73%) e dos homens (90%).
11	Pesquisa realizada nos Estados Unidos descrevendo estratégia de Governo implantada no país, direcionada a atender as necessidades de PF de mulheres com HIV.	Descreveu-se uma estratégia de Governo dos Estados Unidos para atender às necessidades de PF de mulheres vivendo com HIV, que tomou por base três princípios fundamentais: foco nos direitos reprodutivos, incluindo a escolha livre e informada; a prestação de serviços de qualidade baseados em evidências científicas; e o fortalecimento da equidade de gêneros.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
12	Pesquisa de revisão realizada por meio de uma avaliação metodológica padrão, de artigos publicados de janeiro de 2008 a agosto de 2013, que integrassem a temática planejamento familiar e serviços de intervenções de HIV.	Analisou-se a integração das intervenções de PF em serviços de atendimento de pessoas com HIV, sendo observados aumentos significativos no uso de MACs pelos clientes das clínicas de HIV.
13	Pesquisa revisando 12 estudos que abordavam a importância da integração dos serviços de PF e cuidados ao paciente com HIV frente à utilização de MACs mais eficazes.	Verificou-se que as mulheres atendidas em locais integrados eram mais propensas a utilizar MACs de forma mais eficaz.
14	Pesquisa realizada com revisão de 20 artigos, representando 19 estudos diferentes realizados na África Subsaariana(15), Haiti (1), Reino Unido (1), Estados Unidos (1) e Ucrânia(1).	Objetivou-se relatar o impacto da integração dos serviços de atendimento ao HIV/aids aos serviços de atenção a saúde materna, neonatal, infantil, de nutrição e de PF. Com associação desses serviços, constatou-se: maior adesão a terapia anti-retroviral por mulheres grávidas elegíveis; maior prevenção da transmissão vertical; aumento do uso do preservativo e maior adesão ao uso do anticoncepcional hormonal.

Fonte: elaboração da autora

Parte dos artigos abordou dificuldades dos serviços PF direcionados às pessoas vivendo com HIV/aids. Conforme o artigo 1, a maioria dos profissionais de clínicas de tratamento para o HIV/aids não ofereciam ações de PF, encaminhando os pacientes para receber esse atendimento em outro serviço. Corroborando esse achado, o artigo 8 afirma que as mulheres soropositivas constituem a principal demanda reprimida de atendimento em PF. E o artigo 2 complementa, afirmando que a existência de limitação dos recursos, estigma com relação a infecção pelo HIV e a resistência dos pacientes em utilizar o preservativo interferem negativamente na assistência ao PF desse público. O artigo 3 acrescenta, ainda, a importância da comunicação médico-paciente em relação aos cuidados sexuais e reprodutivos de usuárias de terapia antirretroviral, expondo a falta de apoio e de comunicação entre profissional-paciente, julgamentos acerca de suas escolhas e o atendimento focado apenas no preservativo como método anticoncepcional como pontos negativos da assistência.

Como estratégia para minimizar a problemática do atendimento em PF de pessoas vivendo com HIV/aids, artigos propõem serviços integrados. O artigo 10, por exemplo, afirma

que essa integração permite uma maior adesão de homens e mulheres soropositivos ao serviço de PF e o artigo 12 afirma que essa integração acarreta aumento no uso de MACs pelos clientes das clínicas de HIV. O artigo 6 também verificou que a integração leva ao aumento da testagem para o HIV/aids e sua maior aceitação pela população assistida. Os mesmos achados são descritos no artigo 14, em que a integração dos serviços de HIV/aids com os serviços de PF, de atenção à saúde materna, neonatal e infantil e de nutrição resultou na maior adesão a terapia antirretroviral por gestantes elegíveis, aumento da prevenção da transmissão vertical, do uso do preservativo e do anticoncepcional oral combinado.

O artigo 5, porém, reafirma o aumento na adesão ao uso de MACs pela integração entre os serviços de HIV/aids e PF, mas destaca que esse processo não influencia o número de gestações ocorridas no período. Esse fato pode ser justificado pelo dado de que o MAC mais indicado pelos profissionais, nesse estudo, foi o preservativo, método que necessita ser utilizado de forma consistente para se garantir maior eficácia contraceptiva. Em pesquisa de revisão de 12 estudos (artigo 13) constatou-se que as mulheres atendidas em serviços integrados são mais propensas a utilizar MACs mais eficazes.

Como forma de integrar os serviços de HIV/aids aos serviços de PF, o artigo 11 descreve estratégia implantada pelo Governo dos Estados Unidos para atender às necessidades de PF de mulheres com HIV, com base em três princípios: foco nos direitos reprodutivos, incluindo a escolha livre e informada; prestação de serviços de qualidade, baseados em evidências científicas; e fortalecimento da equidade de gêneros.

A referida estratégia denominada “*Meeting the family planning needs of women living with HIV in United States (US) government global health programs*” apresenta como princípios orientadores: a importância dos indivíduos em receber informações capazes de empoderá-los sobre suas escolhas reprodutivas e de saúde; o apoio ao direito de escolha do número, tempo e espaçamento entre as gestações, bem como o uso de métodos anticoncepcionais; a escolha livre, informada e voluntária em constituir, ou não, uma família; o atendimento em PF livre de discriminação, estigma, coerção, intimidação ou engano, informando de forma precisa e compreensível sobre a variedade de métodos disponíveis; o acesso à prestação de serviços, incluindo a terapia antirretroviral; e o acesso seguro a serviços de aconselhamento para mulheres soropositivas que desejam engravidar (USAID, 2013).

Divergindo dessa ideia anterior, o artigo 7 afirma que a integração entre os dois serviços não influi nas escolhas anticoncepcionais, pois além da integração dos serviços, fazem-se necessário outros fatores como a ação profissional qualificada e a disponibilidade de MACs seguros e eficazes. Essas lacunas foram identificadas no Artigo 9, em que os

profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados a pessoas vivendo com HIV/aids possuíam baixo conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva dessa população, além de possuírem atitudes e práticas discriminatórias, considerando “irresponsável a mulher soropositiva que deseja engravidar”.

O artigo 4 abordou a importância de serviços direcionados para pessoas vivendo com HIV/aids que desejam engravidar, constatando que o serviço de aconselhamento reprodutivo para essa população está disponível em 64% dos serviços estaduais e 73% dos serviços municipais pesquisados, contudo existem dificuldades de abordar o desejo de conceber nessa população, há falta de decisão política, precariedade de recursos humanos e problemas financeiros.

Desse modo, além da estratégia desenvolvida nos Estados Unidos que pode ser seguida pelos serviços de atendimento as pessoas vivendo com HIV/aids, ficou notória que a integração desses serviços com os serviços de PF permitirá maior adesão das pessoas com HIV aos MACs e ao uso da dupla proteção; redução da demanda reprimida e de encaminhamentos desnecessários.

3.2.4 Planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas

Conhecer as ações de PF que culminam em uma gestação planejada, ou não, de mulheres com HIV resulta em se obter subsídios para o planejamento de estratégias eficazes à abordagem efetiva acerca de orientações periconcepcionais direcionadas a essa população.

O Quadro 8 apresenta uma síntese dos artigos analisados na referida temática conforme um número de ordem, o título do artigo, ano de publicação, país de origem/continente, idioma e base de dados.

Quadro 8 – Relação de artigos que abordam planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas. Biblioteca Virtual de Saúde. Fortaleza- CE, 2014.

No./Título/Citação	País de origem/ Continente	Idioma	Base de dados
1. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. (FRIEDMAN <i>et al.</i> , 2011).	Brasil – América	Inglês	MEDLINE

No./Título/Citação	País de origem/ Continente	Idioma	Base de dados
2. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. (WANYENZE <i>et al.</i> , 2011).	Uganda – África	Inglês	MEDLINE
3. The old-fashioned way': conception and sex in serodiscordant relationships after ART. Cult. 2011. (MC DONALD, 2011).	Austrália – Oceania	Inglês	MEDLINE
4. Pregnancies in Perinatally HIV-Infected Young Women and Implications for Care and Service Programs. (MILLERY, 2012).	Estados Unidos – América	Inglês	CINAHL
5. Attitudes toward family planning among HIV-positive pregnant women enrolled in a prevention of mother-to-child transmission study in Kisumu, Kenya.(AKELO <i>et al.</i> , 2013).	Quênia – África	Inglês	MEDLINE
6. Unintended Pregnancy among HIV Positive Couples Receiving Integrated HIV Counseling, Testing, and Family Planning Services in Zambia. (WALL <i>et al.</i> , 2013).	Zâmbia – África	Inglês	MEDLINE
7. Health Care Experiences of HIV-Infected Women With Fertility Desires in Mexico: A Qualitative Study. (DJIK <i>et al.</i> , 2014).	México – América	Inglês	CINAHL

Fonte: elaboração da autora

O Quadro 9 apresenta as informações extraídas dos artigos analisados pertinentes à temática.

Quadro 9 – Contribuições dos artigos eleitos abordando planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

Temática: Planejamento familiar e gravidez em mulheres soropositivas		
Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
1	Pesquisa realizada com 255 mulheres com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, acompanhadas de 1996 a 2013.	Verificou-se a incidência de gravidez entre mulheres com HIV/aids, acompanhadas de 1996 a 2013, em que 39 (17%) dessas mulheres engravidaram pelo menos uma vez durante o período do estudo. O estudo não ressalta, porém, se essas gravidezes foram planejadas.

Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
2	Pesquisa realizada com 1.100 pessoas infectadas pelo HIV em Uganda, África, incluindo 441 homens e 659 mulheres.	Avaliou-se a inserção no serviço de PF e a gravidez não planejada. Dos participantes do estudo, 638 (58%) afirmou frequentar o serviço de PF; 216 (33%) engravidaram e dessas, 105 (43%) não planejaram a gestação (incluindo mulheres respondentes e companheiras dos homens participantes).
3	Pesquisa realizada com 34 mulheres HIV positivo, cujo diagnóstico foi dado em idade fértil.	Identificou-se taxa de gravidez entre mulheres soropositivas com parceiro sorodiscordante. Das 34 participantes, 17 tinham parceiro sorodiscordante, em que 6 tiveram filho antes de ter conhecimento sobre seu estado sorológico, 4 tiveram gravidez inesperada e 3 tiveram o diagnóstico do HIV na gestação.
4	Pesquisa de coorte realizada com 96 mulheres soropositivas com idade superior a 15 anos, entre 1998 a 2006.	O estudo descreveu a incidência de gestações em mulheres soropositivas diagnosticadas no período perinatal. Das 96 participantes, 25 (26%) tiveram 33 gestações entre 1998 e 2006.
5	Pesquisa realizada com 522 gestantes soropositivas no Oeste do Quênia.	Analisou-se o planejamento da gestação entre gestantes soropositivas e verificou-se que 308 (59%) não planejaram a gestação.
6	Pesquisa realizada, com 1060 casais. Estudo de seguimento realizado na Zâmbia.	O uso isolado de preservativo ou de anticoncepcional oral foi a prática mais realizada por casais soropositivos que tiveram gravidez não planejada, onde aqueles casais que utilizavam apenas o preservativo, 12 engravidaram, e aqueles que faziam uso apenas do anticoncepcional oral, 109 engravidaram.
7	Pesquisa realizada, por meio de entrevista em profundidade, com 31 mulheres soropositivas, maiores de 18 anos e que estavam grávidas ou engravidaram nos últimos cinco anos, em quatro cidades mexicanas (Cidade do México, Tijuana, Irapuato e Tuxtla Gutierrez).	Objetivou-se compreender barreiras e facilidades para atender necessidades de cuidados em saúde sexual e reprodutiva de mulheres soropositivas, encontrando que das 31 participantes, 21 conheciam seu estado sorológico antes da gravidez e 10 foram diagnosticadas na gravidez (2 no último trimestre); 8 mulheres consideravam a possibilidade de ter mais filhos, tendo a maternidade como motivação para viver. Quanto às reações profissionais, 14 relataram reações negativas quanto a gravidez, com 5 sentindo-se pressionadas para realizarem a laqueadura após a gestação e duas o aborto. Nenhuma relatou aconselhamento acerca do planejamento da gravidez.

Fonte: elaboração da autora

O artigo 1, ao constatar que 39 (17%) do grupo de mulheres soropositivas engravidaram no período da pesquisa, não permite uma análise mais substancial dos dados,

uma vez que não menciona sobre o planejamento ou não das gestações e em que condições clínicas maternas estas ocorreram. Resultado com uma incidência de gestações um pouco mais elevada é descrito no artigo 4 ao afirmar que no período da pesquisa 25 (26%) das mulheres soropositivas tiveram 33 gestações.

A gravidez não planejada acarreta consequências para a mãe, o parceiro e o concepto. Esses dois primeiros ficam expostos ao aumento da carga viral ou a transmissão horizontal para um dos cônjuges, quando se tratar de casais sorodiscordantes, e o concepto fica exposto a transmissão vertical do HIV. Para prevenir esses eventos, técnicas estão disponíveis para as pessoas soropositivas que desejam engravidar, como as tecnologias reprodutivas, incluindo a lavagem do espermatozoide (de alto custo e não estão acessíveis a toda população); as estratégias comportamentais, como a inseminação manual, em casa, e o sexo sem proteção limitado ao dia ápice da fertilidade feminina; e estratégias de saúde direcionadas ao controle da carga viral e da imunidade materna, circuncisão masculina e tratamento de DSTs, por exemplo (MATTHEWS *et al.*, 2013).

Apesar da existência dessas tecnologias que beneficiam a gravidez saudável de pessoas vivendo com HIV, nos estudos selecionados foram encontrados percentuais de gravidezes não planejadas de 43%, 59% e 100% (artigos 2, 5 e 7 respectivamente), portanto gestações provavelmente de maior risco de transmissão vertical e de exposição do casal a maior carga viral, uma vez que não receberam ou implementaram os referidos cuidados pré-concepcionais. Ressalta-se que os 43% de gestações não planejadas registradas no artigo 2 foram em mulheres inseridas em serviço de planejamento familiar, o que demonstra a necessidade de se melhorar a qualidade destes.

No artigo 3, quatro gestações ocorreram de forma inesperada; e no artigo 6, entre as gestações não planejadas, 12 foram em mulheres usando preservativo e 109 em mulheres usando anticoncepcional oral, ou seja, uma constatação que denuncia a emergente necessidade de se promover o uso adequado dos MACs por esse público.

Além disso, observou-se no artigo 3 que três mulheres soropositivas souberam de sua infecção pelo HIV na gravidez e seis, na mesma condição sorológica, engravidaram sem ter conhecimento sobre a infecção. No artigo 7, foram identificadas 21 mulheres que engravidaram sabendo de seu estado sorológico e 10 receberam o diagnóstico da infecção na gravidez; apesar disso, oito mulheres desejavam ter mais filhos, justificando a maternidade como motivação para viver.

A partir do exposto, percebe-se a importância da assistência ao PF para as pessoas vivendo com HIV/aids, de forma a promover os direitos sexuais e reprodutivos dessa

população, promovendo os cuidados anticoncepcionais, pré-concepcionais e concepcionais para a garantia de gestações seguras com menor risco para a mãe, o parceiro e o concepto. A maior parte desses cuidados reprodutivos dirigidos às pessoas com HIV são possíveis de serem oferecidos na atenção básica pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que uma vez estandarizados em protocolo clínico (objeto de estudo dessa dissertação) espera-se contribuir sobremaneira para a mudança dessa realidade.

3.2.5 Planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV/aids

A importância do planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV/aids compreende identificar as especificidades da assistência nessa fase, no sentido de promover a melhor escolha anticoncepcional sem riscos para o recém-nascido, o que implica em contraindicar o método da lactação com amenorréia (LAM) e incentivar o uso da dupla proteção.

O Quadro 10 apresenta uma síntese dos artigos analisados na referida temática conforme um número de ordem, o título do artigo, ano de publicação, país de origem/continente, idioma e base de dados.

Quadro 10 – Relação de artigos que abordam planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV. Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

No./Título/ano de publicação	País de origem/ continente	Idioma	Base de dados
1. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. (SAXTON <i>et al.</i> , 2010).	Ucrânia – Europa	Inglês	MEDLINE
2. The impact of antenatal HIV diagnosis on postpartum childbearing desires in northern Tanzania: a mixed methods study. (KEOGH <i>et al.</i> , 2012).	Tanzânia – África	Inglês	MEDLINE
3. Postnatal contraceptive choices among women living with HIV: a decade of experience in a community-based integrated sexual health clinic. (DUNCAN; HAWKINS; DESMOND, 2013).	Não informado	Inglês	MEDLINE

Fonte: elaboração da autora

O Quadro 11 apresenta as informações extraídas dos artigos analisados pertinentes à temática.

Quadro 11 – Contribuições dos artigos eleitos abordando PF no pós-parto de mulheres com HIV. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Fortaleza- CE, 2014.

Temática: Planejamento familiar no pós-parto de mulheres com HIV		
Nº. do artigo	Abordagem da pesquisa (tipo e/ou método de estudo, local, participantes).	Contribuições à temática
1	Pesquisa realizada na Ucrânia, com 365 mulheres soropositivas no pós-parto.	Foram abordados fatores associados ao uso de MACs entre mulheres HIV positivo no pós-parto. Desse modo, 328 (90%) receberam orientação em PF no pós-parto. Dentre os métodos usados, o preservativo foi o mais prevalente (50%), sendo seu uso influenciado pela atividade sexual presente no período e tê-lo utilizado durante a gestação.
2	Pesquisa realizada na Tanzânia com gestantes atendidas no pré-natal após o teste para o HIV.	Pesquisou-se o comportamento reprodutivo de gestantes atendidas no pré-natal, após o teste para o HIV. As gestantes diagnosticadas com HIV tinham menos interesse em ter outra gestação quando comparadas as soronegativas. O uso exclusivo de preservativo foi a prática contraceptiva mais usada no pós-parto, sendo a crença de que a interação entre o HIV e os métodos hormonais contribuiria para o seu adoecimento o principal motivo de uso.
3	Pesquisa retrospectiva sobre a anticoncepção no pós-parto de mulheres que receberam o tratamento para o HIV durante a gestação, de 2000 a 2010, contabilizando 95 mulheres e 107 gestações.	Verificou-se oferta de aconselhamento para anticoncepção nas quatro semanas após o parto, em 82 gestações. Das mulheres que optaram por MAC no pós-parto, 22 optaram pelo DIU, 21 pelo hormonal injetável, 17 por utilizar o preservativo de forma exclusiva, 10 realizaram esterilização em parto cesáreo, 6 fizeram uso do anticoncepcional oral combinado e 1 recebeu o implante subcutâneo.

Fonte: elaboração da autora

Os artigos 1 e 2 convergem para o mesmo resultado, em que o preservativo foi o MAC mais utilizado no pós-parto, sendo o uso influenciado pelo retorno a atividade sexual e tê-lo utilizado durante a gestação. O artigo 2 relata o uso exclusivo do preservativo, destacando como motivo a crença de que a interação entre o HIV e os métodos hormonais contribui para o adoecimento dessas mulheres, o que não tem sustentação científica. Talvez a informação relacionada às interações medicamentosas de certos antirretrovirais e os anticoncepcionais hormonais tenham originado esse mito.

O artigo 3 apresenta resultados mais satisfatórios, ressaltando-se que os dados foram coletados com mulheres que receberam aconselhamento prévio sobre anticoncepção e HIV. O DIU foi a opção contraceptiva mais adotada no período pós-parto, seguindo-se pelo hormonal injetável, preservativo de forma exclusiva, esterilização, anticoncepcional oral combinado e implante subcutâneo. Esse vasto leque de MACs oferecidos/adotados representa um indicador de qualidade em planejamento familiar, pois subentende-se que havendo variedade de MACs há maiores oportunidades para a livre escolha.

Em alguns estudos, porém com baixo grau de evidencia, o uso do DIU mostrou-se seguro em mulheres vivendo com HIV, sendo recomendado para as mulheres assintomáticas ou com aids em uso de TARV que estejam clinicamente bem. Mulheres que desenvolvem aids em uso de DIU podem se manter com o método, mas devem submeter-se a seguimento clínico mais rigoroso. Quanto ao uso de anticoncepcionais hormonais não há restrições (BRASIL, 2010a).

Percebe-se que o aconselhamento é um suporte para a escolha do MAC, diversificando as escolhas contraceptivas dos usuários, o que é salutar nos serviços de PF. Porém, em se tratando de pessoas vivendo com HIV/aids, a prevenção do HIV e de outras DSTs deve ser considerada na escolha do MAC, estimulando-se sempre o uso concomitante de dois métodos, em que um deles deverá ser sempre o preservativo.

A combinação do preservativo com outro MAC está associada a redução de gravidez não planejada, de transmissão sexual para parcerias sorodiscordantes, de transmissão de vírus resistentes para parcerias sexuais soroconcordantes e de aquisição de outras DSTs. O uso de preservativos masculinos e femininos como único método pode apresentar falhas na prevenção da gravidez, devido ao uso inconsistente e má utilização dos mesmos (BRASIL, 2010a).

Diante dessa revisão entende-se a complexidade da assistência ao PF de pessoas vivendo com HIV/aids, sendo necessárias ações direcionadas a pré-concepção, concepção e de anticoncepção pautadas em evidências científicas atualizadas. No que tange a concepção é preciso compreender, além de técnicas e ações necessárias para uma concepção segura, o momento vivido pelo casal e suas condições clínicas, culturais e familiares inseridas nesse contexto. A anticoncepção baseada na dupla proteção, por outro lado, deve ser incentivada e utilizada de forma consistente pelos casais sorodiscordantes ou soroconcordantes. Para tanto, quando os serviços de PF estão integrados aos serviços de HIV/aids espera-se maior adesão ao uso dos MACs.

Conclui-se que essa é uma área do cuidado em que muito precisa avançar, uma vez que foi identificada demanda reprimida, gestações não planejadas, uso inconsistente de preservativos, aconselhamentos inadequados por parte de profissionais e usuárias desinformadas.

Aproximando os resultados positivos de alguns artigos dessa revisão, à realidade brasileira, observam-se dificuldades, como a elevada adesão de mulheres soropositivas ao DIU e ao implante subcutâneo após aconselhamento, uma vez que são métodos de difícil acesso no país; e a integração dos serviços de PF e HIV/aids, ainda tão dissociados.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa de desenvolvimento ou tecnológica abrange a elaboração de produtos, processos e patentes, gerando novas tecnologias e conhecimentos resultantes do processo de pesquisa. Além de gerar novos produtos e processos, produz conhecimentos que são veiculados diretamente pelos pesquisadores em empresas, ou através de congressos, feiras, seminários, consultorias, publicação de boletins e manuais técnicos (GARCES, 2010). Segundo Jung (2012) nesse tipo de pesquisa são utilizados conhecimentos científicos e práticos para o desenvolvimento de novos materiais, produtos, processos, dispositivos, sistemas e serviços, ou a otimização daqueles existentes.

Portanto, interpretou-se o desenvolvimento deste protocolo clínico (elaboração e avaliação da qualidade) como pesquisa de desenvolvimento ou tecnológica, uma vez que gerou um produto ou tecnologia com novos conhecimentos a respeito de uma temática ou de um problema clínico específico (planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids), a ser veiculado nos diversos espaços científicos e, assim, contribuir para as melhores práticas.

4.2 Cenário de desenvolvimento do protocolo clínico

O presente protocolo foi desenvolvido como produto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) para atender as necessidades de enfermeiros que atuam em serviços de planejamento familiar e/ou de HIV/aids, na condução da assistência à concepção e anticoncepção, o que não exime outros profissionais de saúde de utilizá-lo.

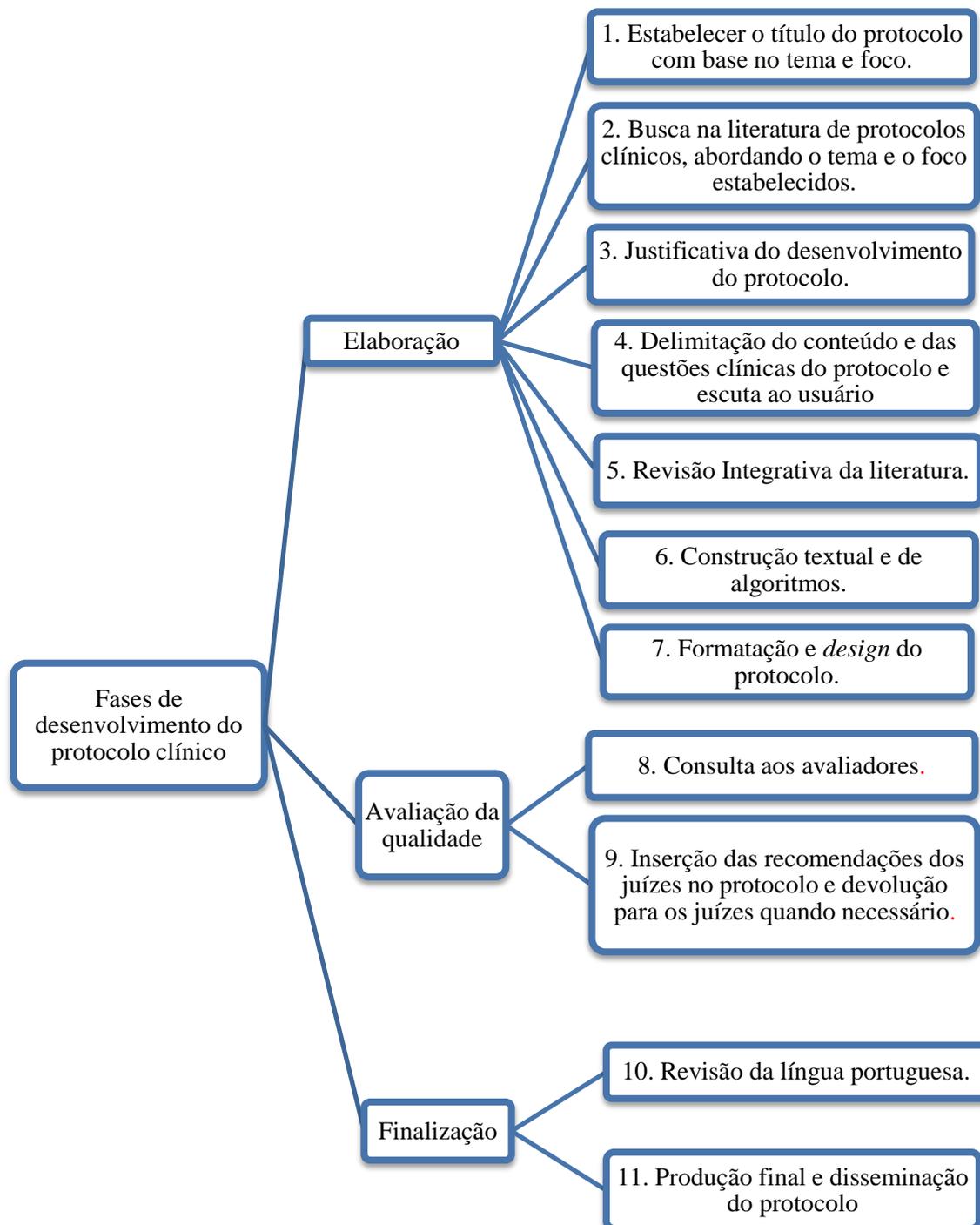
Nesse sentido, o desenvolvimento do protocolo ocorreu em três locais, escolhidos intencionalmente, para, assim, garantir o contato da autora com os respectivos sujeitos da pesquisa (enfermeiros com experiência na elaboração e avaliação de protocolos e nos atendimentos em planejamento familiar e HIV/aids, bem como pessoas vivendo com HIV/aids):

- Departamento de Enfermagem (DENF) da UFC, uma vez que sedia o Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (Gessare), a reunir docentes e discentes de Enfermagem (Mestrado e Doutorado) envolvidos com pesquisas no campo do planejamento familiar.
- Centro de Saúde Anastácio Magalhães, pois possui enfermeiros atuando na assistência em planejamento familiar, sendo também uma referência na formação prática dos graduandos de Enfermagem da UFC, o que facilita a interação da autora, graduada pela UFC.
- Ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) por ter enfermeiros no atendimento especializado em HIV/aids, sendo também uma referência na formação prática dos graduandos de Enfermagem da UFC. Destaca-se, ainda, que este local foi o cenário para contato com as pessoas vivendo com HIV/aids.

4.3 Fases de desenvolvimento do protocolo clínico

Com base em leitura de materiais recomendados para o desenvolvimento de protocolos, como as dissertações de Teles (2011) e de Moraes (2013), o manual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009), o manual do *Ministerio de la Proteccion Social de la Colômbia* (COLÔMBIA, 2010) e artigo científico (SCHNEID *et al.*, 2013) optou-se pela elaboração própria das fases para o desenvolvimento desse protocolo, conforme apresentadas na figura 1.

Figura 1 – Fases para o desenvolvimento do protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2015-2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3.1 Elaboração

Para esta fase foi constituído um grupo técnico formado por oito participantes com experiência nas áreas de planejamento familiar e/ou HIV/aids, tendo a autora como líder (COLOMBIA, 2010). Estes participantes foram selecionados de forma proposital, ou seja, pela escolha deliberada de quem poderia contribuir mais para as necessidades de informação do estudo, no caso para o desenvolvimento do protocolo (POLIT; BECK, 2011).

Os membros do grupo técnico foram contatados pessoalmente pela autora, por meio de visita ao Departamento de Enfermagem/Gessare em dia de reunião ordinária semanal; e visita ao Centro de Saúde Anastácio Magalhães e Ambulatório do HSJ, em dias pré-agendados, de modo a não interferir de forma negativa na rotina laboral. Nas visitas foram explanados os objetivos da pesquisa, seguindo-se com o convite à participação da mesma.

Em seguida, cada membro recebeu o formulário designado “Ferramenta para preparação de um protocolo clínico com grupo técnico” (Apêndice – D), elaborado pela autora com base em orientações do *Ministério de la Proteccion Social* da Colômbia (COLÔMBIA, 2010). Os participantes preencheram o formulário de acordo com seus conhecimentos, não permitindo consulta à literatura existente nem aos outros participantes do grupo. Isso garantiu uma explanação da prática diária dos participantes, sem interferência técnica ou científica que estivessem além das condições do serviço (COLÔMBIA, 2010).

O formulário abordou o título apropriado para o protocolo, justificativa para seu desenvolvimento, objetivos, recomendações e resultados esperados agregados a viabilidade e a prioridade na prática clínica, população atendida com base no protocolo e os profissionais a quem se destinou (COLÔMBIA, 2010). As respostas obtidas foram lidas e analisadas criticamente pela autora, que realizou a organização das informações, compondo um sumário preliminar do protocolo, com base em sua experiência pessoal e bom senso.

– Estabelecer o título do protocolo com base no tema e foco.

O tema do protocolo correspondeu à assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids, tomando como foco a assistência em concepção e em anticoncepção, o que serviu de base para estimular as contribuições do grupo técnico com relação ao título do protocolo.

– **Busca na literatura de protocolos clínicos, abordando o tema e o foco estabelecidos.**

Essa fase tem a finalidade de verificar a disponibilidade ou não de protocolos clínicos com a mesma temática e o mesmo foco do que se pretende desenvolver, evitando o desenvolvimento de protocolos existentes.

Para tanto, realizou-se buscas em *websites* específicos que reúnem protocolos em âmbito mundial. Conforme o *Ministerio de la Proteccion Social de la Colômbia* estes são os *websites* cuja busca é indispensável antes da decisão pela elaboração de um protocolo: “*Guidelines International Network*”, “*National Library for Health Guidelines finder*”, “*National Guidelines Clearinghouse*” e “*National Institute for Clinical Excellence*” (COLÔMBIA, 2010).

– **Justificativa do desenvolvimento do protocolo**

A escolha do tema está fundamentada na importância das ações de planejamento familiar direcionadas às pessoas vivendo com HIV/aids, aliada aos benefícios do uso de protocolos clínicos na prática assistencial, bem como o crescente número de mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV/aids e da transmissão vertical do HIV.

– **Delimitação do conteúdo e das questões clínicas do protocolo e escuta ao usuário**

Os conteúdos sugeridos pelos membros do grupo técnico foram organizados pela autora, que selecionou por meio de leitura crítica aqueles que mostraram maior relevância empírica, gerando a elaboração do sumário preliminar.

As questões clínicas são fundamentais para orientar a revisão integrativa da literatura e facilitar a formulação de recomendações, devendo ser incluídos também aspectos bioéticos e modelos de assistência à saúde. O número de questões varia de acordo com a temática do protocolo e o tempo disponível para desenvolvê-lo. Para isso, essas devem ser selecionadas de forma genérica e podem ser reformuladas após o início da revisão integrativa da literatura. (COLÔMBIA, 2010). Nesse contexto, após organizar as informações de cada membro do grupo técnico, a autora pôde visualizar pontos mais repetidos e de maior relevância, elaborando as questões clínicas preliminares, uma vez que podem ser modificadas no processo de revisão da literatura.

Pelo menos três usuários vivendo com HIV/aids participaram dessa fase de elaboração do protocolo, estando eles em acompanhamento no ambulatório do HSJ. Os usuários responderam à questão: como você gostaria de ser atendido na área do planejamento familiar ou o que você espera desse atendimento? As respostas obtidas foram organizadas pela autora, oferecendo contribuições à elaboração do sumário preliminar.

– Revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa é etapa estratégica na elaboração do protocolo porque permite identificar as melhores e mais atualizadas evidências científicas sobre determinado tema (SCHNEID, 2003).

A busca foi realizada nas bases de dados apresentadas no Quadro 12 por ordem de prioridade, com os respectivos descritores. Essas quatro bases de dados são consideradas obrigatórias na elaboração e avaliação de protocolos (BRASIL, 2011).

Quadro 12 – Descrição da estratégia de busca para revisão da literatura. Fortaleza- CE, 2014.

Bases	Descritores
Biblioteca <i>Cochrane</i> (via Bireme) Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt	<i>family planning and “HIV infections”; fertilization and “HIV infections”; contraception and “HIV infections”.</i>
Medline (via Pubmed) Disponível em: < www.pubmed.gov >	<i>family planning and “HIV infections”; fertilization and “HIV infections”; contraception and “HIV infections”.</i>
LILACS (via Bireme) Disponível em: < www.bireme.br >	<i>family planning and “HIV infections”; fertilization and “HIV infections”; contraception and “HIV infections”.</i>
Center for Reviews and Dissemination. Disponível em < www.york.ac.uk/inst/crd >	<i>family planning and “HIV infections”; fertilization and “HIV infections”; contraception and “HIV infections”.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os descritores utilizados foram aplicados como “descritores de assunto”, integrados pelo conector *and*, em todos os índices.

Para selecionar inicialmente os artigos pertinentes, foram adotados os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos (2010-2014), nos idiomas inglês, espanhol e português, com texto completo disponível. Apenas estudos completos e

disponíveis gratuitamente foram incluídos devido ao entendimento de que boa parte dos resumos não expressou o conteúdo exato dos trabalhos.

Após a prévia seleção, foram lidos os títulos e os resumos de forma a identificar os artigos que tiveram contribuições para as questões clínicas elaboradas. Esses foram fichados, organizados e classificados de acordo com os graus de evidência e de recomendação propostos pela “Classificação de Nível de Evidência Científica do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (2009)” (Anexo – A) (OXFORD, 2010).

Além da revisão dos artigos científicos selecionados, publicações oriundas de organizações com referência nacional e mundial, Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) respectivamente, foram adotadas como forma de complementar ou aproximar os achados científicos às políticas públicas brasileiras, aspecto recomendado ao desenvolvimento de protocolos clínicos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

– **Construção textual e de algoritmos**

O texto foi formatado por um especialista em *design*. Citações e referências seguiram a NR 6029 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2006).

Os conteúdos foram desenvolvidos conforme o sumário preliminar, destacando-se o nível de evidência (NE) dos estudos citados e o grau de recomendação (GR), sempre que possível, conforme *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (2009).

Por outro lado, o algoritmo é uma sequência finita de instruções bem definidas que podem ser executadas em um período finito de tempo. Podem, muitas vezes, serem comparados a receitas, devendo ser adequado a um problema e implementado de forma coerente (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Destarte, este deve conter cinco características essenciais: finitude, terminar após um número finito de passos; definição, cada passo deve ser rigorosamente definido e sem ambiguidades; entradas, devem ter informações iniciais antes do início do algoritmo; saída, que corresponde a finalização das entradas; e a efetividade, de forma que as ações sejam executadas com precisão em um tempo finito (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Para a construção do algoritmo são utilizados símbolos, cujas funções no fluxograma estão descritas no Quadro 13.

Quadro 13 – Símbolos padrões e definições para algoritmos. Fortaleza- CE, 2014.

Símbolo padrão	Definição
Oval	O algoritmo deve iniciar com um desenho oval, representando um “quadro clínico”.
Círculo grande ou figura oval	Utilizado como saída, ou seja, etapa conclusiva do processo. Figura de encerramento.
Hexagonal/losango	Contém as decisões clínicas mais importantes, devem possuir dois desfechos: sim ou não. São denominados pontos de decisão
Retângulos	Grupos específicos do atendimento, onde as intervenções devem ser realizadas
Círculos pequenos	Realizam uma ligação com outra parte da diretriz clínica

Fonte: Werneck, Faria e Campos (2009).

Os símbolos são conectados por flechas, onde uma flecha deixa um símbolo oval e indica um hexágono ou retângulo e duas flechas deixam um hexágono (ponto de decisão), partindo para a direita, indicando uma resposta “sim”, e para a esquerda, caracterizando uma resposta “não” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os algoritmos, no presente protocolo, foram apresentados ao final de tópicos que necessitaram de representação gráfica sobre pontos discutidos e tomadas de decisões preconizadas, totalizando quatro algoritmos.

– **Formatação e *design* do protocolo**

Após a finalização do texto e dos algoritmos, foram criadas as ilustrações cabíveis, por um especialista em *design*. Estas foram examinadas e aprovadas pela autora, sendo apresentadas e descritas no texto conforme a Norma Regulamentadora (NR) 14724, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (2006). Essa NR determina que em qualquer tipo de ilustração, a identificação deverá aparecer na parte superior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto em algarismo arábico, travessão e respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, deve-se indicar a fonte consultada, mesmo que seja de autoria do próprio autor, legenda, notas e outras informações. Além disso, a ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere (ABNT, 2006).

4.3.2 Avaliação da qualidade do protocolo clínico

– Consulta aos avaliadores

Na consulta aos avaliadores foi utilizado o instrumento *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II* (AGREE II), que foi elaborado de modo a abordar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo é desenvolvido. Esse instrumento é genérico e pode ser aplicado a protocolos relacionados a qualquer doença e em etapas do cuidado em saúde, incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções (AGREE, 2009). Conforme a utilização desse instrumento foi possível estabelecer uma estratégia metodológica para a avaliação da qualidade do protocolo.

Segundo o AGREE II, o protocolo deve ser avaliado por pelo menos dois e preferencialmente quatro avaliadores, de modo a aumentar a confiabilidade da avaliação (AGREE, 2009). Contudo, cinco avaliadores participaram da avaliação do protocolo, uma vez que as contribuições apresentadas por todos esses sujeitos foram pertinentes ao processo de aperfeiçoamento e aprofundamento do seu desenvolvimento. Os avaliadores foram captados de maneira proposital, utilizando o recurso de busca por “conveniência ou rede”.

A amostragem proposital ou intencional baseia-se na crença de que o conhecimento dos pesquisadores sobre a população pode ser usado para selecionar os membros da amostra. Logo, os pesquisadores podem decidir propositalmente a seleção dos sujeitos considerados típicos da população ou conhecedores das questões estudadas. No entanto, esse modo subjetivo não fornece um método externo objetivo para avaliação do grau de tipicidade dos sujeitos selecionados. Apesar disso, esse tipo de amostra é utilizado com frequência quando os pesquisadores desejam obter amostra de especialistas (POLIT; BECK, 2011).

De forma a complementar a amostragem proposital, a busca por “conveniência ou rede” consiste na seleção de sujeitos por meio da indicação ou recomendação de sujeitos anteriores (POLIT; BECK, 2011). Desse modo, profissionais que tenham vivência com a temática foram consultados de modo a indicar outros avaliadores para a respectiva avaliação da qualidade.

Uma vez indicado pelo método da “rede”, o avaliador em potencial foi avaliado pelos requisitos pré-estabelecidos, como ter grau de mestre e/ou doutor, ter desenvolvido tese e/ou dissertação na temática PF ou HIV/aids; participar ativamente de grupo de pesquisa na área do PF e/ou HIV/aids; ter experiência profissional de pelo menos um ano na área de PF e/ou de

peessoas vivendo com HIV/aids. Nessa dinâmica foram selecionados sete avaliadores, em que todos apresentaram pelo menos três dos requisitos pré-estabelecidos. Teve-se, ainda, a atenção para que houvesse a seleção de avaliadores das duas áreas do cuidado (PF e HIV/aids), bem como da área de validação/avaliação de materiais e que estivessem focados tanto na academia, com o ensino e a pesquisa, quanto na prática em serviço. O número de sete avaliadores foi definido com previsão de possíveis perdas. Cinco devolveram o instrumento e compuseram o total de avaliadores.

Os avaliadores foram visitados pessoalmente e/ou via e-mail e, segundo a confirmação de disponibilidade para participar da avaliação, recebia via e-mail, o “Termo de consentimento livre e esclarecido para avaliadores” (Apêndice – E) e o “Instrumento de avaliação da qualidade” (Apêndice – F). O prazo de 15 dias foi acordado entre autora e avaliadores para que os avaliadores devolvessem o resultado da avaliação, juntamente com o TCLE assinado.

Para coletar os dados referentes à caracterização dos avaliadores, perguntas dessa natureza foram acrescentadas no início do “Instrumento de avaliação da qualidade”, abordando sexo, idade, ocupação atual, local de trabalho, cidade em que trabalha, formação acadêmica, maior titulação, área de conhecimento, temática da dissertação e/ou tese e o ano de conclusão, bem como trabalhos científicos publicados e participação em grupo de pesquisa.

O “Instrumento de avaliação da qualidade”, de acordo com o AGREE II, reuniu os seis domínios de avaliação de um protocolo: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor de desenvolvimento, clareza de apresentação, aplicabilidade e independência editorial, com seus respectivos itens (AGREE, 2009). Os itens estão dispostos por cada domínio, de forma resumida, no Quadro 14.

Quadro 14 – Domínios e itens a serem abordados para avaliação da qualidade do protocolo. Fortaleza-CE, 2014.

Domínios	Itens
Escopo e finalidade	Objetivos gerais, questões de saúde e população a quem o protocolo se destina.
Envolvimento das partes interessadas	Participação dos profissionais relevantes no desenvolvimento do protocolo, opiniões e preferências da população-alvo, definição de usuários-alvo.

Domínios	Itens
Rigor do desenvolvimento	Utilização de métodos sistemáticos para a busca na literatura, descrição clara de critérios de seleção de evidências e de métodos para a formulação das recomendações, relação entre evidência científica e as recomendações propostas, consideração dos benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde, relação explícita entre recomendações e evidências que lhe dão suporte, revisão do protocolo antes da sua publicação, atualização disponível do protocolo.
Clareza de apresentação	Clareza e precisão das recomendações e das diferentes opções de abordagem para a condição de saúde, identificação das recomendações-chave.
Aplicabilidade	Aconselhamentos e/ou as ferramentas sobre a prática das recomendações, descrição de facilidades e barreiras para sua aplicação, critérios para monitoramento e auditoria do protocolo.
Independência editorial	Registro do conflito de interesses dos membros da equipe de desenvolvimento do protocolo.

Fonte: Adaptado pela pesquisadora de Agree (2009).

Para cada item avaliado foi utilizada uma escala de escores que varia de um a sete, onde o escore um (discordo totalmente) deve ser aplicado quando não há qualquer informação relevante, ou se o conceito é fracamente relatado; e o escore sete (concordo totalmente) quando a qualidade da informação é excelente e todos os critérios e considerações estão atendidos. Por outro lado, os escores de dois a seis devem ser atribuídos quando a informação do item não atende a todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e da qualidade do relato, devendo aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas (AGREE, 2009).

A avaliação de cada juiz foi calculada por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio, escalonando o total com uma porcentagem da pontuação máxima possível para cada domínio (AGREE, 2009). Isso foi possível por meio da fórmula:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}} \times 100, \text{ onde:}$$

- A pontuação obtida é dada pela soma dos valores totais de cada item dos cinco avaliadores.

- A pontuação mínima é dada por 1(discordo totalmente) x quantidade itens avaliados no domínio x 5 (quantidade de avaliadores).
- A pontuação máxima, por sua vez, é dada por 5 (concordo totalmente) x quantidade de itens avaliados no domínio x 5 (quantidade de avaliadores) (AGREE, 2009).

Apesar de a pontuação dos domínios ser útil na comparação de diretrizes e dar subsídios para que um protocolo seja recomendado ou não, o instrumento AGREE II não define pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar protocolos de alta ou baixa qualidade. Essas decisões deverão ser tomadas pelo autor do protocolo e orientadas pelo contexto do uso do protocolo (AGREE, 2009).

Desse modo, foi considerado, pela autora, como “satisfatório” o domínio que atingiu pontuação igual ou acima de 70%, percentual que de modo global significa desempenho mínimo aceitável na maioria das avaliações.

Cada domínio contou, ainda, com espaço para que os avaliadores pudessem descrever recomendações que foram analisadas criticamente pela autora e serviram de base para modificações.

Além desse parâmetro de avaliação proposto no AGREE, avaliou-se o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) que fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneos são os dados, ou seja, no presente estudo, mais homogêneas são as pontuações dadas pelos avaliadores. O coeficiente é considerado baixo quando é menor ou igual a 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos.

O cálculo do CVP é dado pelo desvio padrão dividido pela média das notas, sendo este realizado pelo programa *Microsoft Excel*®.

- **Inserção das recomendações dos avaliadores no protocolo e devolução para os mesmos quando necessário.**

As recomendações foram organizadas no “Quadro de recomendações dos avaliadores” (APÊNDICE – G) elaborado pela autora. Foram apresentadas por domínios, após análise crítica. Os itens, acompanhados de recomendações, foram descritos e comentados textualmente, incluindo a decisão quanto a respectiva recomendação ser acatada ou não pela autora.

4.3.3 Finalização

– Revisão da língua portuguesa

Ao finalizar o protocolo, realizando as modificações pertinentes, este foi enviado a um profissional especializado a fim de realizar possíveis adequações ao padrão formal da língua portuguesa.

– Produção final e disseminação do protocolo

Após a revisão da língua portuguesa, o protocolo foi encaminhado à gráfica para produção de cinco exemplares. Esses serão entregues a banca examinadora da presente dissertação.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para encaminhamento ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará – UFC, obtendo parecer favorável conforme protocolo nº. 1.086.282, de 28 de maio de 2015 (Anexo – B).

Os participantes que aderiram à pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice – A, Apêndice – B e Apêndice – E), onde estava garantido o anonimato e o sigilo, ressaltando-se que em nenhum momento serão lesados fisicamente e financeiramente.

O incômodo, porém, de preencher ao formulário e participar das atividades da pesquisa foi considerado forma de estresse psicológico sofrido pelos participantes.

Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, apresentadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento de um protocolo, é preciso garantir a confiabilidade, onde profissionais e usuários do sistema de saúde expressem de forma objetiva suas recomendações/opiniões. Nesse sentido, os métodos de elaboração dos protocolos devem considerar as contribuições e recomendações propostas pelas partes interessadas ao longo das fases de desenvolvimento, ou seja, elaboração e avaliação da qualidade (MEGA *et al.*, 2015).

Na elaboração do protocolo, as contribuições dos profissionais de saúde (grupo técnico de desenvolvimento do protocolo), bem como as opiniões dos usuários foram fundamentais para que o protocolo resultasse em algo alinhado as necessidades de usuários e de serviço. Ademais, na avaliação da qualidade do protocolo trabalhou-se com uma equipe de avaliadores, que puderam apresentar recomendações à melhoria do material.

Nesse sentido, os resultados referentes ao processo de desenvolvimento do protocolo foram apresentados conforme a ordem de suas fases, ou seja, elaboração e avaliação da qualidade.

5.1 Resultados do processo de elaboração do protocolo clínico

Na fase de elaboração do protocolo clínico, o grupo técnico contou com profissionais atuantes e com experiência na área de planejamento familiar e HIV/aids, tendo a autora como líder e responsável por reunir, interpretar e organizar as informações fornecidas.

Este grupo foi constituído por oito profissionais de saúde, sendo cinco enfermeiras docentes e/ou discentes (Mestrado e Doutorado) de Enfermagem (P1, P2, P3, P4, P5) atuantes na área de planejamento familiar e/ou HIV/aids; um enfermeiro (P6) e um médico (P7) da Estratégia Saúde da Família (ESF), com pelo menos um ano de experiência na assistência ao planejamento familiar; e um enfermeiro (P8) do ambulatório especializado de HIV/aids, com pelo menos um ano de experiência no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids.

Desse modo, o grupo contribuiu com a formulação do título do protocolo, justificativa, objetivos, características da população a ser atendida, profissionais que podem fazer uso do protocolo, bem como conteúdos a serem abordados.

5.1.1 Estabelecer o título do protocolo com base no tema e foco

As contribuições do grupo técnico para a formulação do título foram expressas de modo a contemplar o tema e o foco do protocolo clínico, antes definidos como objeto de estudo desta dissertação.

O tema do protocolo clínico correspondeu à assistência ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids, tomando como foco a assistência em concepção e em anticoncepção.

- Assistência em concepção: foram organizados conhecimentos científicos, métodos e técnicas atualizados para auxiliar enfermeiros no atendimento a homens, mulheres e/ou casais que desejam conceber, no sentido de que estes e o conceito tenham os menores riscos de transmissão do HIV/aids.
- Assistência em anticoncepção: foram organizados conhecimentos científicos, métodos e técnicas atualizados para auxiliar enfermeiros no atendimento a homens, mulheres e/ou casais que não desejam conceber, no sentido de que sejam prevenidas gestações não planejadas, se promovam a adesão à dupla proteção e que o uso dos MACs se faça de forma consistente (correta) e segura (com os menores riscos à saúde).

O protocolo clínico foi desenvolvido para enfermeiros. Entretanto, outros profissionais de saúde terão acesso, neste material, a conteúdos transversais que compõem um núcleo de competência comum de equipes multiprofissionais que lidam com o planejamento familiar e HIV/aids, tornando-o um material de interesse as demais categorias profissionais que formam a rede de cuidados às pessoas vivendo com HIV/aids.

Assim, baseados no tema e foco do protocolo conforme apresentados, o grupo técnico apontou as contribuições em relação ao título, que foram sintetizadas no Quadro 15.

Quadro 15 – Descrição das contribuições do grupo técnico acerca do título apropriado para o protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2015.

Profissional	Contribuições acerca do título
P1	“Planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids: protocolo clínico”
P2	“Aumento ou limitação da prole em pessoas vivendo com HIV/aids”
P3	“Protocolo clínico para o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids” <i>Evidências científicas para concepção e anticoncepção</i>
P4	“Ter ou não ter filhos? Protocolo clínico para o cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids”
P5	“Protocolo de assistência em Planejamento Familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”
P6	“Planejamento familiar de pessoas vivendo com o HIV/aids. Uma abordagem integral”
P7	“Pessoas vivendo com HIV/aids: quando está indicado concepção ou anticoncepção com base em evidências”
P8	“Planejamento Familiar para pessoas vivendo com HIV/aids”

Fonte: elaboração da autora

Observa-se que dentre as contribuições dadas pelos profissionais, três grupos de ideias se destacaram: “protocolo clínico”, “planejamento familiar” e “pessoas vivendo com HIV/aids”. Dessa forma, o título foi formatado de modo a abranger essas três palavras-chave, resultando na denominação “Protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”.

Por outro lado, também se observou a conotação de concepção e anticoncepção, dentre as contribuições para o título, o que se mostrou implícito nas expressões “aumento ou limitação da prole”; “ter ou não ter filhos”. Além disso, a Constituição Federal estabelece que o planejamento familiar deve oferecer ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal, devendo ser oferecidos métodos e técnicas de concepção e anticoncepção (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, estabeleceu-se o subtítulo “Evidências científicas para concepção e anticoncepção”, que incorporou os termos concepção e anticoncepção e destacou as evidências científicas como uma das principais características de um protocolo clínico, ou

seja, este deve estar respaldado nas melhores evidências científicas disponíveis (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

5.1.2 Busca na literatura de protocolos clínicos, abordando o tema e o foco estabelecidos.

Após a busca nos *websites* “*Guidelines International Network*”, “*National Library for Health Guidelines finder*”, “*National Guidelines Clearinghouse*” e “*National Institute for Clinical Excellence*” conforme recomenda o *Ministerio de la Proteccion Social de la Colômbia* (COLÔMBIA, 2010) constatou-se a não existência de protocolo direcionado para a mesma temática e o mesmo foco.

É importante ressaltar, que realizando busca em *sites* de notícias científicas, foram encontrados dois protocolos: um intitulado “Protocolo municipal de saúde reprodutiva para pessoas que vivem e convivem com HIV/aids”, do Município de Ribeirão Preto, Brasil (RIBEIRÃO PRETO, 2014) e um denominado “Canadian HIV Pregnancy Planning Guidelines”, Canadá (LOUFT et al., 2012). Esses foram lidos e apresentaram contribuições significativas para a elaboração do presente estudo.

5.1.3 Justificativa do desenvolvimento do protocolo

As contribuições do grupo técnico quanto à justificativa para o desenvolvimento do protocolo foram organizadas no Quadro 16.

Quadro 16 – Descrição das contribuições do grupo técnico acerca das justificativas para o protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2016.

Profissional	Contribuições acerca da justificativa
P1	<ul style="list-style-type: none"> – Número elevado de pessoas vivendo com HIV/aids; – Necessidade de orientações direcionadas a essa população; – Anseios da população em como ter/evitar gestações; – “Tabus” acerca da temática; – Orientação dos profissionais que atuam frente a essa população.
P2	<ul style="list-style-type: none"> – Nortear condutas voltadas ao PF frente a esse público; – Proporcionar tomada de decisão consciente sobre ter ou não ter filhos; – Proporcionar orientação sobre sexualidade vivida fora de riscos à saúde para mulher, homem, casal e futuro filho.

Profissional	Contribuições acerca da justificativa
P3	<ul style="list-style-type: none"> – Auxílio aos profissionais nas condutas a serem adotadas; – Otimização do tempo, diminuição de erros.
P4	<ul style="list-style-type: none"> – Ansiedade das mulheres portadoras de HIV em ter filhos; – Angustias e dificuldades da doença somada ao fato de imaginar que não se pode ter filhos, tornam as mulheres deprimidas o que contribui negativamente para a contagem de linfócitos T CD4 e carga viral; – Protocolos relativos ao PF inexistentes no serviço de saúde; – Equipe médica sem preocupação com esse serviço para essa população.
P5	<ul style="list-style-type: none"> – Infecção pelo HIV como epidemia global crescente; – Por meio do PF, concepção/anticoncepção, diminuir as taxas de Transmissão Vertical (TV); – Gravidez ocorrer em momento clínico e pessoal favorável.
P6	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir o uso regular da TARV; – Tornar carga viral indetectável; – Reduzir transmissão vertical.
P7	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade de fazer concepção/anticoncepção com maior segurança tanto para portadores do vírus quanto para casais onde um deles seja portador.
P8	<ul style="list-style-type: none"> – PF como direito humano; – Mais segurança para os pacientes; – Diminuição dos riscos de transmissão vertical; – Informação sobre interação entre anovulatórios e antirretrovirais.

Fonte: elaboração da autora

Diante das contribuições para justificar o desenvolvimento do protocolo clínico, a autora selecionou, por meio de leitura crítica, os pontos cruciais a serem incorporados na descrição textual dessa etapa de elaboração do protocolo, destacando a relevância de cada ponto, conforme apresenta-se a seguir:

- Auxílio e orientação dos profissionais nas condutas a serem adotadas, otimização do tempo e diminuição de possíveis erros (P1 e P3). Esses são benefícios que justificam o uso do protocolo clínico (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).
- Proporcionar tomada de decisão consciente, proporcionar orientação sobre sexualidade vivida fora de riscos à saúde para mulher, homem, casal e futuro filho (P2). O Ministério da saúde recomenda que, dentre as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, deve-se realizar a escolha de recursos à concepção ou à anticoncepção, que incentivem a participação ativa na decisão individual ou do casal de ter, ou não, filhos (BRASIL, 2010a). Essa escolha torna-se mais significativa para pessoas

vivendo com HIV/aids, em que a conscientização do homem, mulher ou casal perpassa todas as ações na assistência em planejamento familiar.

- Necessidade de realizar concepção ou anticoncepção com segurança para casais soroconcordantes e sorodiscordantes (P1, P5, P7). Diante da realidade vivida por esses casais, as ações e cuidados dos profissionais de saúde em relação à concepção e à anticoncepção devem estar pautadas nas necessidades de cada casal.
- Número elevado de pessoas com HIV/aids (P1 e P5). Compreender a Epidemiologia de distribuição de casos frente à transmissão do HIV evidencia forte realidade para a realização de ações de saúde voltadas ao planejamento familiar.
- Redução da transmissão vertical do HIV (P5, P6, P8). Entende-se a redução da transmissão vertical quando se planeja uma gestação, seja em casal sorodiscordante ou soroconcordante, elegendo-se o melhor período clínico, social e biológico para a concepção.
- Planejamento familiar como direito humano (P8). É assegurada na Constituição Federal, pela Lei 9263/96, a prática do planejamento familiar, devendo ser ofertados todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos de forma a respeitar a liberdade de opção (BRASIL, 2010a).
- Segurança para os pacientes (P8). O protocolo clínico oferece ferramentas que garantem maior segurança para profissionais e pacientes à medida que garante, dentre outros benefícios, a padronização de rotinas de trabalho, procedimentos e informações, evita trabalhos repetidos e fornece uma literatura confiável e atualizada (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).
- Necessidade de informação sobre interação entre anovulatórios e antirretrovirais (P8). Algumas classes de antirretrovirais interagem modificando os níveis séricos dos hormônios estrogênicos (BRASIL, 2010a).

Em face ao exposto, o elemento “Justificativa” do protocolo clínico ficou com a seguinte redação:

No Ceará, desde o primeiro caso conhecido, em 1983, até novembro de 2014, foram notificados 14.732 casos de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com razão entre os sexos, no mesmo ano de 3,6 homens infectados para cada mulher infectada, sendo a faixa etária mais atingida a de 20 a 40 anos (fase reprodutiva), destacando a prática sexual desprotegida como a principal forma de transmissão do vírus (CEARÁ, 2015).

A razão dos casos entre homens e mulheres na década de 80 (início da epidemia), no Ceará, era de 12/1. Em 2013, essa razão foi de 3,6/1 e a expectativa é de aumento na proporção de casos no sexo feminino, seguindo uma tendência nacional (BRASIL, 2013). A feminização do HIV/aids é reflexo de uma maior vulnerabilidade da mulher, quando comparada ao homem, bem como as dificuldades que estas enfrentam para negociar o sexo seguro com seus parceiros, a destacar a desigualdade nas relações sociais de gênero.

Assim, a elevada ocorrência de casos de HIV/aids na fase reprodutiva e sua feminização gera demanda de atendimento nos serviços de planejamento familiar, tanto para assistência em anticoncepção, quanto para assistência em concepção. Pesquisa realizada em ambulatório de DST/HIV/aids de hospital de doenças infectocontagiosas de Fortaleza-CE, com 64 mulheres, identificou que 45 (70,3 %) tinham o desejo pela maternidade, devendo, pois, receberem cuidados voltados a concepção. E aquelas que não expressaram o desejo de conceber deverão, pois, receber assistência em anticoncepção (MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

A assistência em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids oferece ampla contribuição à redução da transmissão vertical (TV) do HIV, devendo ser oferecida por profissionais de saúde capacitados para lidar com as particularidades que a situação exige.

Nesse contexto, os direitos sexuais e reprodutivos asseguram o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids, na medida em que englobam o direito de acesso as informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência; o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); e o direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação (BRASIL, 2009).

Mediante o exposto, ressalta-se que para assistir a essa demanda de homens e mulheres vivendo e convivendo com HIV/aids, com qualidade, e garantir uma prática em planejamento familiar baseada em evidência científica é mister o uso de protocolo clínico, pelos resultados e benefícios alcançados com esse instrumento, como: redução de variações das práticas clínicas, padronização das rotinas de trabalho e dos procedimentos clínicos, utilização de evidências científicas em procedimentos e ações, implantação de medidas para aumentar o acesso da população alvo aos serviços e o

estabelecimento de relações mais efetivas entre usuários e profissionais de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Deste modo, o crescente número de mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV/aids; a persistência da TV do HIV apesar das evidências científicas disponíveis à prevenção; a necessidade de assistir às pessoas vivendo com HIV/aids por meio de ações de planejamento familiar como direito sexual e reprodutivo assegurado; e os benefícios do uso do protocolo clínico na prática assistencial, justificam o desenvolvimento do presente protocolo e atestam sua relevância.

5.1.4 Delimitação do conteúdo e das questões clínicas do protocolo e escuta ao usuário

As contribuições do grupo técnico acerca dos conteúdos para compor o protocolo clínico foram reunidas no Quadro 17.

Quadro 17 – Descrição das contribuições do grupo técnico acerca dos conteúdos para compor o protocolo clínico. Fortaleza -CE, 2016.

Profissional	Contribuições acerca dos conteúdos
P1	<ul style="list-style-type: none"> – Anamnese: dados pessoais, sociodemográficos e reprodutivo (paridade, menarca, coitarca, número de parceiros); – Abordagem da soroconcordância e sorodiscordância; – Identificar fatores de risco e comorbidades associadas ao HIV, história da doença atual e pregressa; – Exame físico em mulheres: verificar pressão arterial, avaliação das mamas e da genitália (encaminhar para prevenção do câncer do colo do útero e identificar outras doenças sexualmente transmissíveis); – Exame físico em homens: verificar pressão arterial, avaliação da genitália; – Métodos anticoncepcionais: indicação e interações medicamentosas; – Análise de exames laboratoriais: linfócitos T CD4, outras sorologias (para acompanhamento e auxílio na concepção); – Tratamento antirretroviral: tempo de uso, registro de dosagem, idade que iniciou tratamento e adesão.
P2	<ul style="list-style-type: none"> – Definição e legislação do planejamento familiar; – Determinantes sociais e seu impacto na formação da família; – Definição de ovulação, fertilização e implantação; – Concepção: fertilização em mulheres soropositivas, prós e contras da gestação nessas mulheres, risco de TV e risco a saúde no período gestacional; – Acompanhamento sorológico e puericultura em crianças com pais soropositivos; – CME para uso de anticoncepcionais em pessoas com HIV/aids (métodos mais indicados para portadores de HIV/aids).

Profissional	Contribuições acerca dos conteúdos
P3	<ul style="list-style-type: none"> – Direitos sexuais e reprodutivos de pessoas vivendo com HIV/aids (legislação); – Epidemiologia; – Diferenciar HIV de aids; – Definição de carga viral e linfócitos T CD4; – Importância dos níveis adequados de carga viral e linfócitos T CD4 na concepção e contracepção; – Critérios médicos de elegibilidade (CME): classificar todos os métodos, descrever os métodos elegíveis para essa população, importância da dupla proteção e estudos comparativos dos métodos.
P4	<ul style="list-style-type: none"> – Conceito; – Manifestações clínicas de HIV/aids; – TARV e importância da adesão medicamentosa; – Escalas de avaliação da adesão medicamentosa, efeitos colaterais e abordagem multidisciplinar; – Exames de acompanhamento de linfócitos T CD4 e carga viral; – Importância de hábitos de vida saudáveis (cessar tabagismo, alimentação balanceada, atividade física, influência do álcool); – Principais infecções oportunistas e tratamento; – Principais métodos contraceptivos; – Critérios médicos de elegibilidade; – Efeitos colaterais dos métodos; – Métodos indicados para pessoas vivendo com HIV/aids; – Decisão de ter filhos, participação do companheiro, importância da adesão da TARV, riscos e cuidados; – Casal sorodiscordante, com mulher portadora, riscos e tratamento a serem seguidos pela mulher na gestação; – Concepção e métodos para se identificar o período fértil.
P5	<ul style="list-style-type: none"> – Epidemiologia do HIV/aids; – Formas de transmissão, características clínicas; – Fases da doença, doenças oportunistas; – Critérios médicos de elegibilidade; – Eficácia dos métodos anticoncepcionais; – Direcionar ações para a determinação dos métodos mais indicados; – Revelar características clínicas da população-alvo para que a concepção ocorra de forma segura; – Fornecer direcionamento quanto as ações (cuidados) necessários para que a concepção ocorra de forma segura.
P6	<ul style="list-style-type: none"> – Uso do preservativo masculino e/ou feminino; – Sintomas, tratamento e formas de transmissão do HIV; – Na gravidez: terapia antirretroviral, carga viral indetectável, aleitamento materno, parto cesáreo, cuidados com o recém-nascido (RN) pós-parto imediato e até os dois anos, vínculo mãe-filho; – Sexualidade: formas de prazer, estímulo, auto-estima, confiança, conhecimento do corpo; – Orientação sexual: tipos de gêneros.

Profissional	Contribuições acerca dos conteúdos
P7	<ul style="list-style-type: none"> – Transmissão do HIV; – Carga viral: o que é e qual a importância; – Momento mais propício para a fecundação; – Casos especiais em que se ocorre a indução da ovulação; – TARV para diminuir a replicação viral; – Importância do preservativo; – Abordagem de DSTs
P8	<ul style="list-style-type: none"> – Importância do planejamento familiar; – Eficácia dos métodos; – Práticas contraceptivas; – Interação medicamentosa entre anovulatórios e antirretrovirais; – Contra-indicação do método da LAM

Fonte: elaboração da autora

A partir das contribuições do grupo técnico acerca das temáticas e da análise crítica da autora, foram selecionados os seguintes conteúdos para compor o protocolo:

- Interação entre antirretrovirais e métodos anticoncepcionais (P1);
- Métodos anticoncepcionais e Critérios Médicos de Elegibilidade (P1, P2, P3, P4, P5 e P8);
- Definição de carga viral e linfócitos T CD4 (P1, P3 e P4);
- Métodos de barreira e dupla proteção (P1, P3, P6 e P7);
- Terapia antirretroviral (P1, P4, P6 e P7);
- Risco de transmissão vertical (P2);
- Determinantes sociais e seu impacto na geração ou ampliação da família (P2);
- Direitos sexuais e reprodutivos de pessoas vivendo com HIV/aids (P2 e P3);
- Concepção e momento mais propício para gestação (P2, P4, P5, P7, e P8);
- Diferenciar HIV de aids e definir as fases da doença (P3, P4 e P5);
- Epidemiologia (P3 e P5);
- Importância dos níveis adequados de carga viral e linfócitos T CD4 na concepção e contraceção (P3 e P7);
- Métodos Anticoncepcionais contraindicados para pessoas vivendo com HIV/aids (P4 e P8);
- Participação do companheiro na decisão de ter filhos (P4);

As contribuições do grupo técnico foram valiosas, pois auxiliaram a autora a definir os conteúdos que compuseram o protocolo clínico, dando-lhe a possibilidade de elaborar um sumário preliminar, que com o fechamento do protocolo ficou com a seguinte composição:

justificativa, objetivos do protocolo, fatores facilitadores ao uso do protocolo clínico, possíveis barreiras ao uso do protocolo clínico, sistema de classificação do nível de evidência (NE) e do grau de recomendação (GR) adotado no protocolo, protocolos clínicos disponíveis abordando o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids; desafios ao planejamento familiar de pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids; assistência à anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids (métodos baseados na percepção da fertilidade, método da lactação e amenorreia, coito interrompido, métodos de barreira, métodos hormonais, pílula de emergência, métodos cirúrgicos); assistência à concepção de pessoas vivendo com HIV/aids (homem soronegativo e mulher soropositiva, homem soropositivo e mulher soronegativa, homem e mulher soropositivos).

Com base nos conteúdos, a autora também elaborou as duas questões clínicas, que foram: “Quais as evidências científicas sobre a interação medicamentosa entre TARV e anticoncepcionais hormonais (combinados e exclusivo de progestágeno)?”; “Quais as evidências científicas quanto as principais tecnologias utilizadas por casais vivendo com HIV/aids (soroconcordantes e sorodiscordantes) que desejam conceber?”.

Os usuários do serviço foram ouvidos a fim de contribuir com a construção do protocolo. Foram ouvidos dois homens (U1, U2) e uma mulher (U3), com idades de 30, 29 e 35 anos respectivamente.

O U1 destacou que espera, em relação ao serviço de planejamento familiar, “ser bem atendido, que os profissionais não se ausentem do serviço, que tenha medicamentos e que priorize a saúde dos pacientes”. Esse relato traz expectativas do usuário que são comuns aos serviços de saúde de maneira geral, não pontuando nenhum aspecto específico para o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids.

Por outro lado, U2 ressaltou “escassa quantidade de profissionais para atender planejamento familiar de pessoas com HIV/aids”. Isso demonstra a necessidade de profissionais treinados para atender pessoas vivendo com HIV/aids.

Desse modo, a utilização do presente protocolo permitirá a implantação de medidas para aumentar tanto o acesso da população ao serviço, estabelecendo relações mais efetivas entre usuários e profissionais, quanto o fornecimento de informações científicas atualizadas acerca da temática para uso dos profissionais de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A U3 destacou a “importância do atendimento no horário marcado, a disponibilidade de medicamentos e o horário flexível”. Apesar de considerar fatores intrínsecos aos serviços de saúde, como o horário flexível, destaca-se a importância do suprimento regular dos

medicamentos, que neste caso corresponde aos métodos anticoncepcionais. O presente protocolo contribui para um atendimento mais efetivo e eficaz quando evita a duplicidade de tarefas, a variação da prática clínica e determina a padronização das rotinas de trabalho e os algoritmos de atendimento, permitindo um fluxo de atendimento mais objetivo e pontual (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Observa-se, portanto, a importância de ouvir os usuários do serviço no processo de elaboração do protocolo clínico, uma vez que estes apresentaram pontos críticos a serem modificados na prática clínica, bastante intrínsecos ao funcionamento e organização do serviço, que podem passar despercebidos sob o olhar dos demais sujeitos.

5.1.5 Revisão integrativa da literatura

A busca das evidências científicas para responder às referidas questões clínicas foi realizada nas bases de dados *Cochrane Library*, PubMed/Medline, utilizando-se os descritores “HIV infections” e “Family planning” integrados com o conector *and*.

Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, independentemente do tempo de publicação. Quando os artigos não estavam disponíveis nas referidas bases de dados, buscou-se sua identificação por meio do Portal de Periódicos da Capes e *Google Scholar*. Quando as informações metodológicas estiveram disponíveis de forma clara e completa, procedeu-se a análise do Nível de Evidência (NE) das pesquisas e o Grau de Recomendação (GR) para a prática em serviço, de acordo com o Sistema de Classificação proposto por Phillips *et al.* (2009).

5.1.6 Construção textual e de algoritmos

A construção textual correspondeu ao produto final da fase de elaboração, isto é, o protocolo clínico, trazendo em sua versão textos, figuras, quadros e algoritmos. Para ilustrar o leitor apresenta-se a seguir os quatro algoritmos que compõem o protocolo.

Figura 2 – Algoritmo da atenção em anticoncepção de mulheres soropositivas. Fortaleza- CE, 2015.

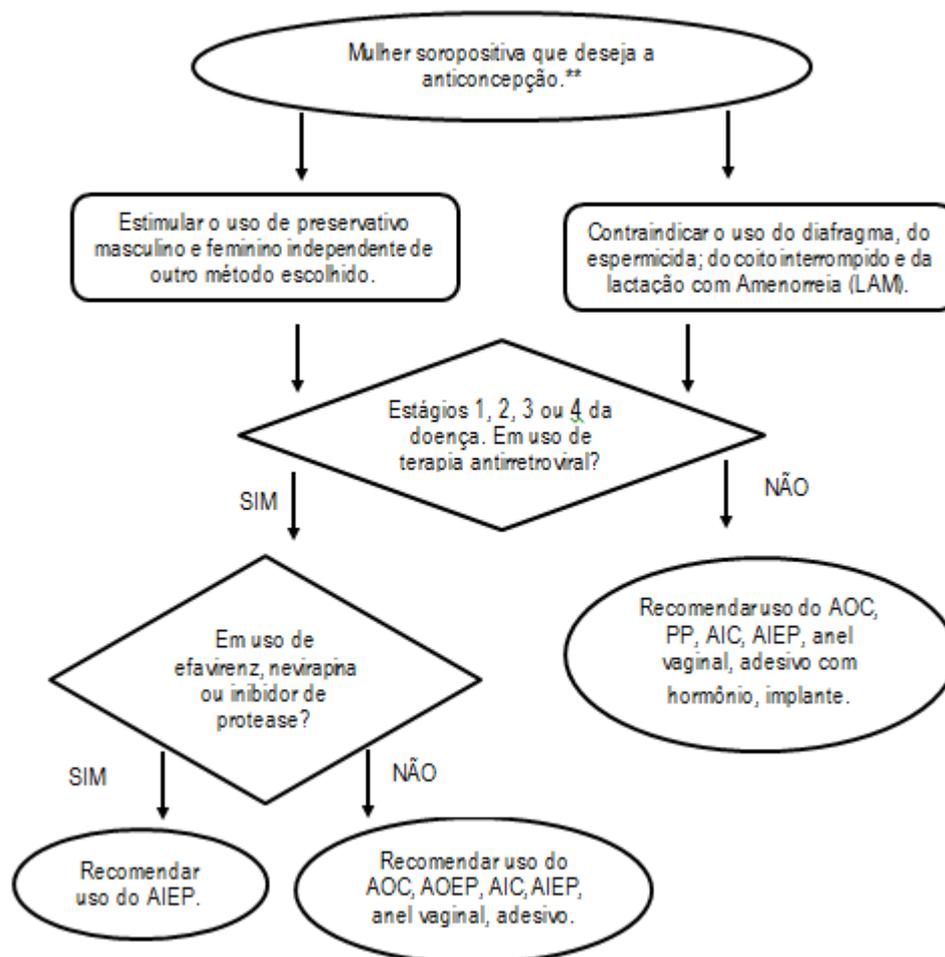


Figura 3 – Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soropositiva e homem soronegativo. Fortaleza- CE, 2015.

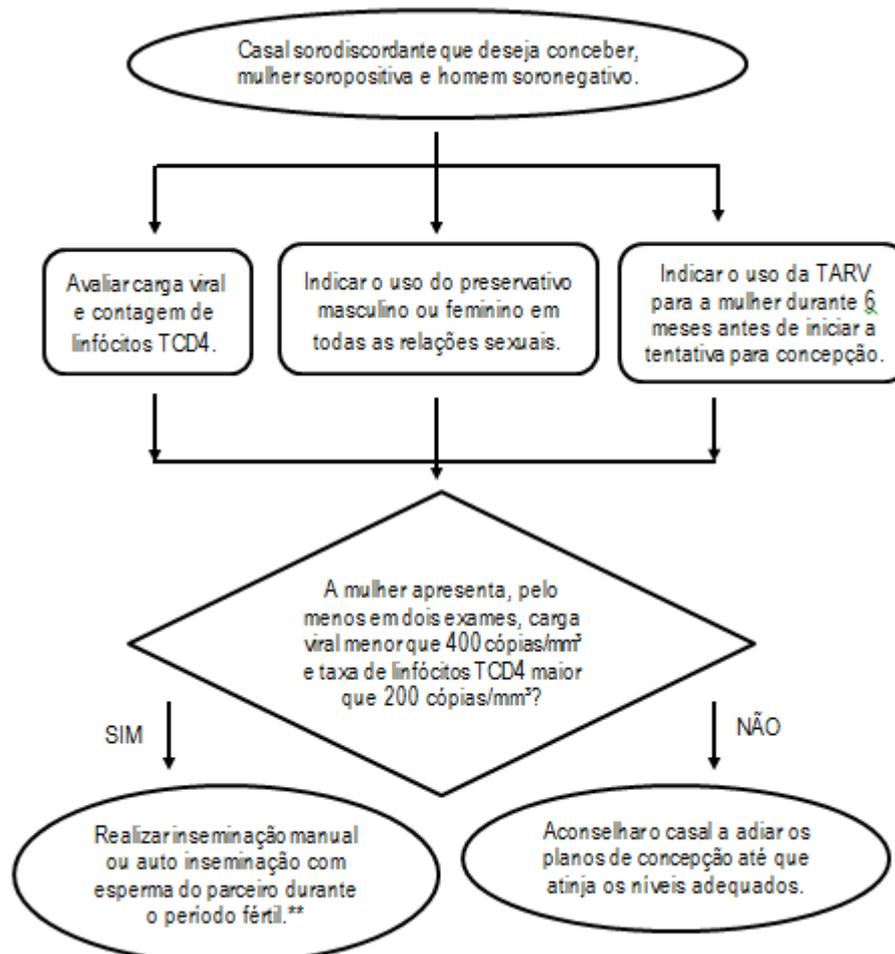


Figura 4 – Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soronegativa e homem soropositivo. Fortaleza- CE, 2015.

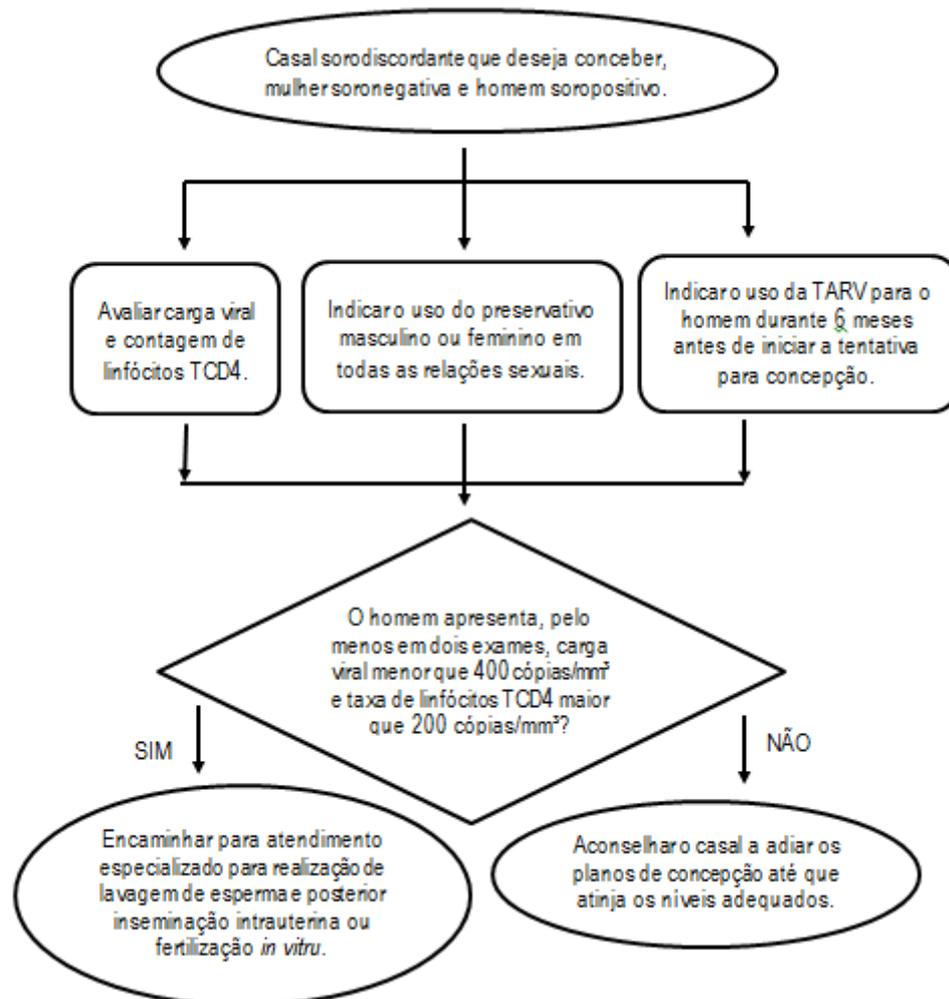
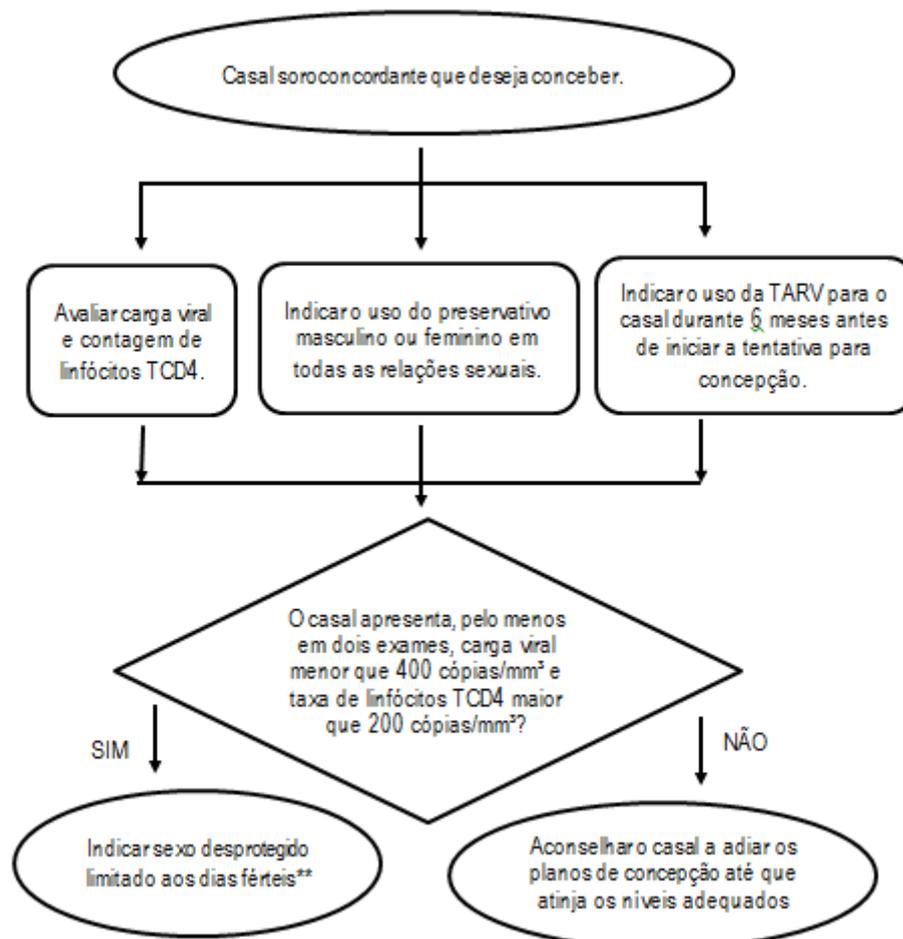


Figura 5 – Algoritmo da atenção em concepção de casais soroconcordantes. Fortaleza- CE, 2015.



5.1.7 Formatação e *design* do protocolo

A formatação e *design* do protocolo foram realizadas por *designer* contratado. As autoras mantiveram contato sistemático com esse profissional durante o processo de formatação e *design* a fim de compartilhar informações e oferecer sugestões.

5.2 Juízes, avaliação da qualidade e recomendações

5.2.1 Caracterização dos juízes

A avaliação da qualidade do protocolo clínico foi efetuada por cinco juízes, representados por J1, J2, J3, J4 e J5, todos enfermeiros, com tempo de formação que variou de seis a 31 anos ($\bar{x} = 12,8$).

Quatro juízes desenvolvem ou desenvolveram atividades ligadas ao planejamento familiar (J1, J2, J3 e J5), dois integravam o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids (J3 e J4) e dois tinham experiência com a elaboração e validação/avaliação de materiais (J1 e J5).

O Quadro 18 a seguir, mostra as características dos avaliadores relacionadas à formação e campos de atuação.

Quadro 18 – Caracterização dos juízes do protocolo clínico. Fortaleza- CE, 2016.

Juízes	Maior titulação	Instituição de trabalho	Função	Experiência profissional
J1	Mestrado	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrosian, Mato Grosso do Sul.	Assistência	Estudo de construção e validação de materiais
J2	Mestrado	Estratégia Saúde da Família, Caucaia-CE.	Assistência	Atendimento em Planejamento familiar
J3	Mestrado	Unidade de Pronto Atendimento, Fortaleza-CE.	Assistência	Atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids
J4	Doutorado	Universidade Federal do Ceará	Ensino/ docência	Atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids
J5	Mestrado	Universidade Federal do Ceará	Ensino/ docência	Atendimento em planejamento familiar; Estudo de construção e validação de materiais.

Fonte: Elaborado pela autora.

A reunião dessas características dos avaliadores confere uma competência global nas três dimensões do produto em avaliação, ou seja, planejamento familiar, HIV/aids e elaboração/avaliação de materiais, proporcionando ampla possibilidade de uma avaliação da qualidade eficaz, com o devido rigor técnico-científico.

Os resultados da avaliação dos juízes foram apresentados de acordo com os seis domínios propostos no AGREE-II. Após essa avaliação, foram resumidos os resultados finais,

bem como as recomendações propostas (Quadro de recomendações dos juízes), com o detalhamento do que foi introduzido como modificação no protocolo ou refutado com as respectivas argumentações. Após esse processo, calculou-se o Coeficiente de Variação de Pearson e a avaliação global do protocolo clínico.

5.2.2 Avaliação da qualidade do protocolo por domínios

Domínio 1 – Escopo e finalidade

Tabela 1 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 1 – Escopo e finalidade. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 1 - Escopo e finalidade	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	6	7	7	7	7	34
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	7	6	7	7	7	34
3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	7	7	7	6	34
TOTAL	20	20	21	21	20	102

Fonte: Elaboração da autora.

O domínio 1, item 1, infere o impacto potencial da diretriz na saúde da sociedade e populações de pacientes ou indivíduos, analisa se os objetivos gerais da diretriz estão explícitos detalhadamente e se os benefícios de saúde esperados a partir da diretriz são específicos para o problema clínico ou tópico de saúde.

O item 2 versa se há descrição detalhada das questões de saúde abordadas pela diretriz, particularmente quanto às recomendações-chave.

O item 3 refere-se à existência de uma descrição clara da população coberta pela diretriz. Os conteúdos dos itens incluem: propósito; benefício esperado ou desfecho; população-alvo; intervenções; comparações quando adequadas; ambiente ou contexto de cuidados de saúde (AGREE II, 2009).

As contribuições para o presente domínio foram propostas pelo J1 e J5. O J1 recomenda mudança do segundo objetivo do protocolo. Porém, após a análise crítica, optou-se por manter o objetivo descrito ao entender que esse engloba as necessidades do estudo. O J5 sugere delimitar a faixa etária da população alvo a receber atendimento com base no protocolo. Entende-se, todavia, que esse protocolo clínico tem a finalidade de atender pessoas com HIV/aids na área do planejamento familiar, tendo, pois, como foco a fase reprodutiva.

Porém, delimitar a faixa etária da fase reprodutiva (12 aos 49 anos) parece desnecessário e pode incorrer na exclusão de pessoas com mais anos de fertilidade, devido a uma menarca precoce (aos 10 anos, por exemplo) ou uma menopausa tardia (aos 55 anos, por exemplo). Nesse contexto, a sugestão não foi acatada.

Apesar de ter atribuído nota inferior a 7, o J2 não descreveu recomendação pertinente ao Domínio.

Conforme a Tabela 1, observa-se que o domínio 1 (escopo e finalidade) foi majoritariamente avaliado nos níveis máximos (6 ou 7), atingindo o percentual de qualidade de 96,6%, conforme o cálculo:

Pontuação obtida no Domínio 1 = 102
 Pontuação máxima do Domínio 1 = 105
 Pontuação mínima do Domínio 1 = 15

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} = \frac{102 - 15}{105 - 15} \times 100 = 96,6\%$$

Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas

Tabela 2 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 2 - Envolvimento das partes interessadas	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	7	6	7	6	4	30
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)	7	7	7	7	4	32
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos	7	7	6	7	6	33
TOTAL	21	20	20	20	14	95

Fonte: elaboração da autora

O item 4 faz referência aos profissionais que se envolveram em algum estágio do processo de desenvolvimento do protocolo, excluindo-se os revisores externos da diretriz. Para cada membro do grupo de desenvolvimento, deve ser incluído: nome, disciplina ou conteúdo da expertise, instituição, localização geográfica e descrição do seu papel junto ao grupo de desenvolvimento (AGREE II, 2009).

No item 5, as informações sobre as experiências da população-alvo e as expectativas sobre os cuidados de saúde devem fundamentar o desenvolvimento das diretrizes. Deve haver

evidências de que algum processo ocorreu no sentido de contemplar as opiniões destas partes interessadas. Deve-se declarar o tipo de estratégia utilizada para captar as opiniões e preferências do público (AGREE II, 2009).

O item 6 versa que os usuários-alvo devem estar claramente expressos na diretriz, de modo que o leitor possa determinar imediatamente se a diretriz é relevante para eles. Deve haver a descrição de como a diretriz pode ser utilizada pelo público-alvo (AGREE II, 2009).

As contribuições para o Domínio 2 são propostas pelos J2 e J5, onde ambos sugerem adicionar, além das profissões, as maiores titulações dos profissionais na seção dos colaboradores. Optou-se por adicionar essas informações ao entender que elas complementam e permitem maior compreensão do perfil profissional que participou do desenvolvimento do protocolo, aumentando, inclusive, a credibilidade no mesmo.

Além disso, o J3 ressalta a necessidade de especificar para quais profissionais de saúde o protocolo se destina. Por estar explicitado no protocolo, a recomendação não procedeu. O protocolo foi desenvolvido para os profissionais de saúde que lidam com o planejamento familiar e/ou HIV/aids, em particular enfermeiros, uma vez que se trata de um produto de pesquisa em Enfermagem, liderado por enfermeira e cujo grupo técnico de desenvolvimento foi constituído basicamente por enfermeiras. Esses fatores, porém, não limitam o uso do protocolo por todos os profissionais de saúde com interesse de conhecimento nessas áreas do cuidado.

Apesar de ter atribuído nota inferior a 7, o J4 não descreveu recomendação pertinente ao Domínio.

De acordo com a Tabela 2, observa-se que o domínio 2 (envolvimento das partes interessadas) foi majoritariamente avaliado nos níveis máximos (6 ou 7), atingindo o percentual de qualidade de 88,8%, conforme o cálculo:

Pontuação obtida no Domínio 2 = 95

Pontuação máxima do Domínio 2 = 105

Pontuação mínima do Domínio 2 = 15

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} = \frac{95 - 15}{105 - 15} \times 100 = 88,8\%$$

Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento

Tabela 3 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 3 - Rigor do desenvolvimento	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	7	7	7	7	35
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	7	7	7	7	7	35
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	7	7	7	7	7	35
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	7	6	7	3	30
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	6	5	7	7	7	32
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	6	7	7	7	7	34
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	7	7	7	7	7	35
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	7	7	7	7	7	35
TOTAL	54	54	55	56	52	271

Fonte: elaboração da autora.

O item 7 descreve se foram oferecidos detalhes da estratégia adotada para a busca de evidências, incluindo os termos de pesquisa utilizados, as fontes consultadas e os períodos de tempo abrangidos pela revisão de literatura. Devem ser incluídos os nomes das bases de dados consultadas, o período de tempo estipulado para a busca, os descritores utilizados e a descrição da estratégia de busca (AGREE II, 2009).

Nos itens 8 e 9, são avaliados se os critérios para inclusão/exclusão das evidências identificadas foram fornecidos, a descrição acerca da análise quanto à presença de viés e como foi realizada a interpretação de tais evidências (AGREE II, 2009).

O item 10 analisa as necessidades de explicitar os métodos usados para formular as recomendações e sobre como se chegou às decisões finais; deve também ser especificadas as áreas de discordância e os métodos empregados para resolvê-las. O item deve incluir a descrição do processo de desenvolvimento das recomendações, o desfecho do processo de desenvolvimento e a descrição de como o processo influenciou as recomendações (AGREE II, 2009).

O item 11 avalia se os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde ao formular as recomendações. Para classificá-lo, tais informações devem estar explícitas na diretriz (AGREE II, 2009).

O item 12 considera que deve haver ligação explícita entre as recomendações e a evidência em que se baseiam, devendo esta ser incluída na diretriz de forma que o usuário possa identificá-la (AGREE II, 2009). Para atender ao item, foi destacado por cor, no decorrer do protocolo, os níveis de evidência e o grau de recomendação dos estudos referenciados, sempre que estes foram possíveis de serem classificados.

O item 13 versa se a diretriz foi submetida à revisão externa antes de ser publicada. Orienta que o grupo de revisores deve ser composto por experts e ressalta que representantes da população-alvo podem ser incluídos. Para classificá-lo, deve-se observar se há finalidade e intenção da revisão externa, métodos utilizados para conduzir a revisão, descrição dos revisores externos, desfechos e informações obtidas na revisão externa (AGREE II, 2009). Para atender ao item, incluiu-se a seguinte observação no instrumento de avaliação: o protocolo está passando por avaliação e posteriormente essas informações a respeito dos avaliadores serão acrescentadas na lista de colaboradores.

O item 14 prevê acerca da necessidade de atualização do protocolo, com intervalo de tempo explícito e a metodologia para a realização de tal procedimento (AGREE II, 2009).

A contribuição para o presente domínio é proposta pelo J5 que indaga como foram acrescentadas as orientações do grupo técnico no protocolo e em que conteúdo cada um contribuiu. Após a análise crítica, entende-se que esses resultados devam estar presentes nos resultados da dissertação, não havendo necessidade de expô-los no protocolo.

Observa-se, portanto, que a maioria dos itens do domínio obteve nota máxima, e a nota mais baixa (3) foi justificada pela recomendação citada anteriormente.

Apesar de terem atribuído notas inferiores a 7, os J1, J2 e J3 não descreveram recomendações pertinente ao Domínio.

De acordo com a Tabela 3, as pontuações do domínio 3 (rigor do desenvolvimento) mantiveram-se, em sua maioria, nos níveis máximos (6 ou 7), alcançando um percentual de qualidade de 96,2%, conforme cálculo:

Pontuação obtida no Domínio 3 = 271
Pontuação máxima do Domínio 3 = 280
Pontuação mínima do Domínio 3 = 40

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} = \frac{271 - 40}{280 - 40} \times 100 = 96,2\%$$

Domínio 4 – Clareza de apresentação

Tabela 4 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 4 – Clareza da apresentação. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 4 - Clareza da apresentação	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	6	6	7	7	7	33
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	6	7	7	7	7	34
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	7	6	7	7	7	34
TOTAL	19	19	21	21	21	101

Fonte: elaboração da autora.

O item 15 apoia que uma recomendação deve conter descrição correta e precisa de que as informações descritas na diretriz são apropriadas à população-alvo. Para classificar o item, deve-se observar o objetivo e a finalidade da ação recomendada, a identificação da população relevante e ressalvas, quando relevantes (AGREE II, 2009).

O item 16 pondera se a diretriz aborda claramente as diferentes formas de rastreamento, prevenção ou tratamento da condição clínica abordada (AGREE II, 2009).

O item 17 considera que os usuários da diretriz devem poder identificar facilmente as recomendações mais relevantes, por meio de resumos em quadros, destaques em negrito, sublinhadas ou fluxogramas/algoritmos; orienta ainda que recomendações específicas devem ser agrupadas de forma conjunta (AGREE II, 2009).

Nesse domínio, o J2 sugere que sejam acrescentadas as vacinas utilizadas pelas gestantes soropositivas durante o pré-natal. Entende-se, porém, que o presente protocolo é destinado às ações de planejamento familiar e sugere-se, ainda, que as vacinas propostas sejam incluídas em estudo futuro sobre o pré-natal de mulheres vivendo com HIV/aids.

Apesar de ter atribuído nota inferior a 7, o J1 não descreveu recomendação pertinente ao Domínio.

Desse modo, de acordo com a Tabela 4, aplicando-se o percentual de qualidade, obteve-se o valor de 95,5% no domínio 4 (rigor do desenvolvimento), conforme cálculo a seguir:

Pontuação obtida no Domínio 4= 101
 Pontuação máxima do Domínio 4 = 105
 Pontuação mínima do Domínio 4 = 15

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} \times 100 = \frac{101 - 15}{105 - 15} \times 100 = 95,5\%$$

Domínio 5- Aplicabilidade

Tabela 5 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 5 – Aplicabilidade. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 5 – Aplicabilidade	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	7	6	6	7	7	33
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	7	7	7	7	35
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	2	7	7	7	6	29
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	2	7	7	7	7	30
TOTAL	18	27	27	28	27	127

Fonte: elaboração da autora.

O item 18 destaca a existência de fatores facilitadores e barreiras que tenham impacto na execução das recomendações, devendo deixá-los explícitos na diretriz (AGREE II, 2009).

O item 19 versa sobre a efetividade da diretriz, esta necessita ser disseminada e implementada com materiais adicionais, como: documentos que resumem a diretriz, instrumentos de checagens e algoritmos; ferramentas para se beneficiar dos aspectos facilitadores da diretriz, dentre outros (AGREE II, 2009).

No item 20, são avaliados os recursos necessários à aplicação das recomendações, devendo haver apresentação dos impactos potenciais destas sobre os custos considerados no desenvolvimento da diretriz e na execução das recomendações fornecidas (AGREE II, 2009).

O item 21 se refere à mensuração da aplicabilidade da diretriz, com identificação de critérios para avaliação de sua implementação ou aderência às recomendações, análise do

impacto da implementação das recomendações e aconselhamento quanto à frequência de medição (AGREE II, 2009).

J1 atribuiu pontuação 2 aos itens 20 e 21 desse domínio, o que foi justificado pela ausência de informações voltadas a mensuração dos recursos decorrentes da aplicação das recomendações do protocolo, bem como dos critérios para monitoramento e/ou auditoria. Esses itens dizem respeito ao procedimento de avaliação externa do protocolo, aspecto não contemplado, pois como produto de dissertação de mestrado, o protocolo foi desenvolvido (elaborado e submetido a uma avaliação da qualidade), não se tendo a pretensão de aplicá-lo como teste piloto ou realizar uma avaliação de impacto. Nesse contexto, percebe-se que esses itens não se aplicam a esse momento da avaliação, o que poderia ter sido suprimido pela autora, conforme recomenda o AGREE-II. Para atender a esses itens sugere-se pesquisa futura de custo-efetividade e de aplicabilidade do protocolo na prática clínica.

Além desses aspectos, o J5 sugere acrescentar, no protocolo, a relação dos centros de saúde que oferecem suporte aos profissionais de saúde e as pessoas vivendo com HIV/aids. No protocolo encontra-se o hospital de referência no Ceará para tratamento e acompanhamento de doenças infectocontagiosas (Hospital São José). Além disso, contudo, entende-se que as ações de saúde direcionadas para as pessoas vivendo com HIV/aids bem como as de planejamento familiar, sejam elas voltadas para pessoas soropositivas ou soronegativas, devem ser desenvolvidas em todas as unidades básicas de saúde e ambulatórios de HIV/aids no país, não sendo pertinente a referida recomendação.

Apesar de terem atribuído notas inferiores a 7, o J2 e J3 não descreveram recomendações pertinentes ao Domínio.

Assim, de acordo com a Tabela 5, aplicando-se o percentual de qualidade, obteve-se o valor de 95,5% para o domínio 5 (aplicabilidade), conforme cálculo a seguir:

Pontuação obtida no Domínio 5 = 127

Pontuação máxima do Domínio 5 = 140

Pontuação mínima do Domínio 5 = 20

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} \times 100 = \frac{127 - 20}{140 - 20} \times 100 = \mathbf{89,1\%}$$

Domínio 6- Independência editorial

Tabela 6 – Resultado da avaliação do protocolo clínico, segundo o Domínio 6 – Independência editorial. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio 6 - Independência editorial	Pontuação					TOTAL
	J1	J2	J3	J4	J5	
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	7	7	7	7	7	35
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	7	7	7	7	7	35
TOTAL	14	14	14	14	14	70

Fonte: elaboração da autora.

Os itens 22 e 23 ressaltam a existência de financiamento externo e de conflitos de interesse na elaboração das diretrizes. Caso existam, ou não, essa informação deve estar claramente explícita (AGREE II, 2009).

O protocolo clínico elaborado não contou com financiamento externo por órgãos de fomento ou outras instituições públicas ou privadas, logo os custos de seu desenvolvimento foram de responsabilidade das autoras. Em relação aos conflitos de interesse, a equipe de desenvolvimento e os avaliadores declararam, formalmente, não possuir conflito de interesse com as autoras, nem estas entre si.

O presente domínio atingiu nota máxima em todas as questões abordadas e não houve recomendações pelos juízes.

Desse modo, de acordo com os dados apresentados na tabela anterior, foi calculado o percentual de qualidade do domínio, resultando em 100% conforme cálculo a seguir:

Pontuação obtida no Domínio 6 = 70

Pontuação máxima do Domínio 6 = 10

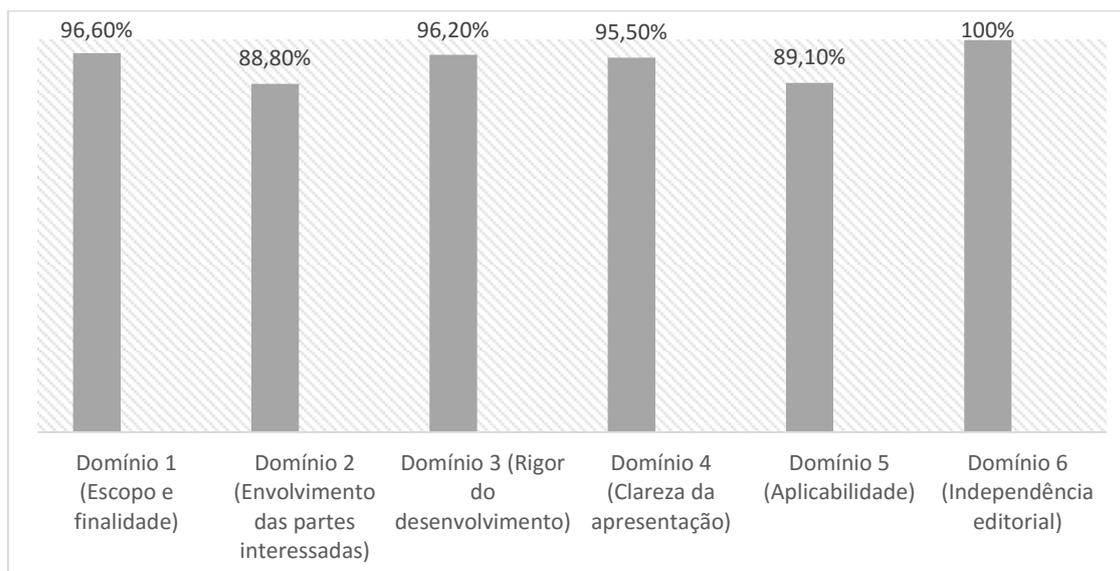
Pontuação mínima do Domínio 6 = 0

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} = \frac{70 - 0}{10 - 0} \times 100 = \mathbf{100\%}$$

5.2.3 Resultado geral da análise por domínios

O Gráfico 1 mostra os percentuais obtidos em cada domínio proposto pelo AGREE-II, o que permite visualizar a avaliação geral do protocolo clínico e, inclusive, observar, comparativamente, os domínios de maior pontuação alcançada.

Gráfico 1 – Distribuição dos percentuais da avaliação da qualidade do protocolo clínico, segundo os seis domínios do AGREE II. Fortaleza- CE, 2016.



Fonte: elaboração da autora

Observa-se, no Gráfico 1, que todos os domínios foram avaliados acima de 88%, com o domínio 6 (independência editorial) tendo alcançado avaliação máxima por todos os avaliadores (100,0%); três domínios obtiveram 95% ou mais na avaliação e dois domínios alcançaram entre 88 e 89%.

Em contraste com o presente estudo, pesquisas utilizando o AGREE no desenvolvimento de protocolos (utilização de pressário vaginal (CATUNDA, 2016) e atendimento à infertilidade na atenção básica (DIAS, 2015)) obtiveram menor avaliação no Domínio 5. Apesar de esse Domínio ter recebido avaliação menor que 90%, no presente estudo tem-se o Domínio 2 (envolvimento das partes interessadas) com menor avaliação.

Considerando que todos os domínios foram avaliados acima de 70% (ponto de corte adotado pela autora para considerar qualidade aceitável do material), o protocolo não foi submetido novamente aos avaliadores, ressaltando, ainda, que parte das recomendações destes foi prontamente incorporada ao protocolo e aquelas que foram refutadas receberam as devidas justificativas, não comprometendo a qualidade do material.

As recomendações dos avaliadores foram também sintetizadas e apresentadas no Quadro 19, com a finalidade de facilitar a visualização global da avaliação.

Quadro 19 – Recomendações apresentadas pelos avaliadores. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio	Item	Recomendações	J1	J2	J3	J4	J5	Acatada pela autora Sim ou Não
1	1	Mudança no segundo objetivo para “Disponibilizar condutas padronizadas aos profissionais de saúde para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids nas áreas da concepção e anticoncepção, utilizando-se dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Métodos Anticoncepcionais (CME).”	x					Não
1	3	Delimitar a faixa etária do protocolo para pessoas em idade reprodutiva.					x	Não
2	4	Adicionar as maiores titulações dos colaboradores.		x			x	Sim
2	6	Especificar o público alvo do protocolo.			x			Não
3	10	Adicionar como foram acrescentadas as orientações do grupo técnico no protocolo, destacando em que cada um contribuiu.					x	Não
4	17	Acrescentar as vacinas indicadas para as gestantes soropositivas no pré-natal.		x				Não
5	18	Incluir a relação dos centros de saúde que oferecem suporte aos profissionais de saúde e pessoas vivendo com HIV/aids.		x				Não

Fonte: elaboração da autora.

5.2.4 Coeficiente de Variação de Pearson (CVP)

O CVP fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneos são os dados, ou seja, no presente estudo, mais homogêneas são as pontuações atribuídas pelos avaliadores.

O valor do CVP é calculado dividindo-se o desvio padrão pela média de cada Domínio e multiplicando-o por 100.

Desse modo, tem-se o quadro a seguir que especifica os valores de desvio padrão, média e CVP de cada domínio.

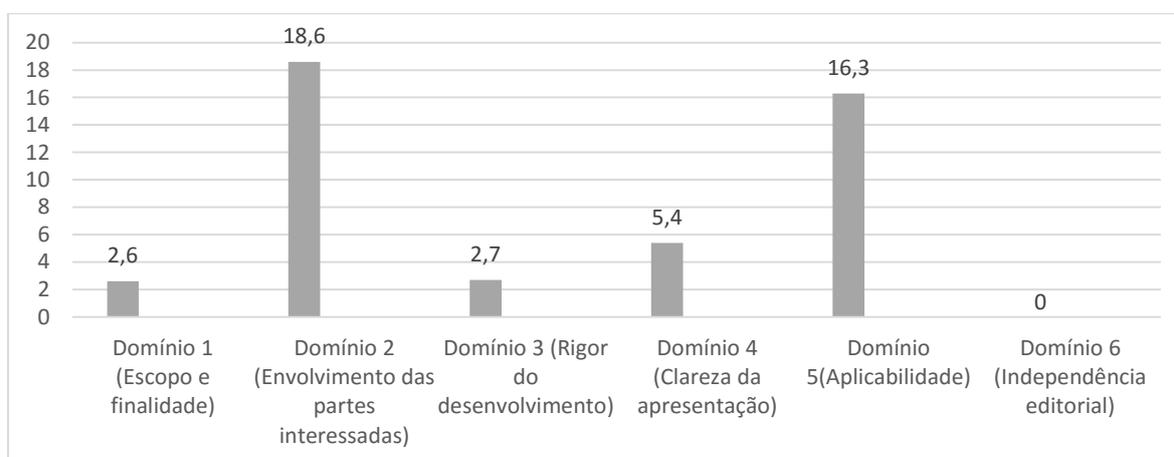
Quadro 20 – Demonstrativo de valores do desvio padrão, média e Coeficiente de Variação de Pearson por domínio. Fortaleza- CE, 2016.

Domínio	Desvio Padrão	Média	Coeficiente de Variação de Pearson (%)
Domínio 1 (Escopo e finalidade)	0,54	20,4	2,6
Domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas)	3,2	17,6	18,6
Domínio 3(Rigor do desenvolvimento)	1,4	54,2	2,7
Domínio 4 (Clareza da apresentação)	1,09	20,2	5,4
Domínio 5 (Aplicabilidade)	4,1	25,4	16,3
Domínio 6 (Independência editorial)	0,0	14	0,0

Fonte: elaboração da autora

No gráfico 2, encontram-se o CVP dos domínios propostos no AGREE-II.

Gráfico 2 – Recomendações apresentadas pelos avaliadores. Fortaleza- CE, 2016.



Fonte: elaboração da autora

O CVP fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneos são os dados, que no caso deste estudo mais homogênea é a pontuação dada pelos avaliadores nos domínios. O coeficiente de variação é considerado baixo (apontando um conjunto de dados bem homogêneos) quando for menor ou igual a 25%. Portanto, em todos os domínios o CVP mostrou-se abaixo desse percentual, o que significa elevada homogeneidade nas pontuações dadas pelos avaliadores aos domínios, achado que sugere que estes possuem pontos de vista semelhantes para com o material.

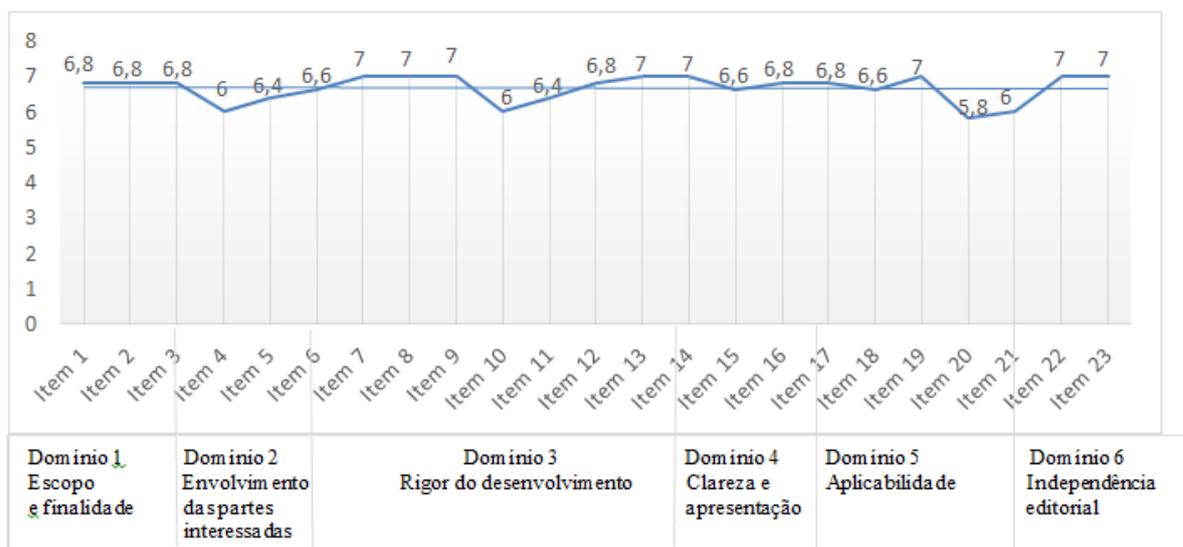
A análise do CVP demonstrou maior grau de dispersão dos percentuais de avaliação nos domínios 2 (18,6%) e 5 (16,3%), devido a maior variação das pontuações atribuídas pelos avaliadores. O Domínio 2 obteve pontuações que variaram de 4 a 7 e o Domínio 5, pontuações que variaram de 2 a 7.

Os domínios 6, 1 e 3 apresentaram os menores valores de CVP, zero, 2,6% e 2,7%, respectivamente. O domínio 4 apresentou CVP igual a 5,4%.

Estudo realizado por Dias (2015) em que desenvolveu um protocolo clínico para atendimento na atenção básica, obteve, assim como o presente estudo, o menor CVP no Domínio 6. Esse fato ressalta que a independência editorial de ambos os protocolos encontram-se adequadas para seu desenvolvimento.

O Gráfico 3, apresentado a seguir, traz a média das pontuações atribuída pelos avaliadores por itens do instrumento de avaliação do AGREE-II.

Gráfico 3 – Distribuição das médias das pontuações dadas pelos avaliadores aos itens do instrumento de avaliação do AGREE-II. Fortaleza- CE, 2016.



Fonte: elaboração da autora.

De acordo com os dados expostos no Gráfico 3, observa-se pouca variação nas pontuações atribuídas pelos avaliadores, por itens, corroborando a análise anterior realizada, por domínios (Gráfico 3), em que todos os CVP foram inferiores a 25%.

Observa-se no comportamento da linha do Gráfico 3 que na altura dos itens 4 (A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes), 10 (Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente

descritos), 20 (Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações) e 21 (O protocolo apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria) ocorrem as maiores depressões com relação a linha de tendência, o que identifica os itens que obtiveram as menores pontuações por parte dos avaliadores. Estes itens compõem, por conseguinte, os domínios que obtiveram maiores CVP, ou seja, os domínios 2, 3 e 5.

5.2.5 Resultado da avaliação global do protocolo clínico

Neste quesito, o avaliador deve realizar um julgamento acerca da qualidade geral da diretriz, considerando os 23 itens anteriormente avaliados e pontuando de 1 “qualidade mais baixa possível” a 7 “qualidade mais alta possível”. Em seguida, deve emitir o seu parecer recomendando ou não o uso da diretriz na prática. As pontuações dos seis domínios são independentes e não devem ser agregadas em uma única pontuação de qualidade (AGREE II, 2009).

Três juízes atribuíram pontuação máxima e dois juízes conferiram pontuação 6 no quesito, a porcentagem da avaliação global do protocolo foi de 93,3% , conforme cálculo abaixo:

Pontuação obtida = 33
Pontuação máxima do Domínio 6 = 35
Pontuação mínima do Domínio 6 = 5

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} = \frac{33 - 5}{35 - 5} \times 100 = \mathbf{93,3\%}$$

Em relação ao item de recomendação do uso do protocolo, quatro juízes responderam “eu recomendaria sem restrições” e um respondeu “eu recomendaria com restrições”, conforme tabela a seguir:

Tabela 7 – Distribuição das formas de recomendação do AGREE II dada aos uso do protocolo pelos juízes. Fortaleza- CE, 2016.

Especificação dos juízes	Formas de recomendação do AGREE II		
	Sim	Sim, com modificações	Não
J1	---	x	---
J2	x	---	---
J3	x	---	---
J4	x	---	---
J5	x	---	---

Fonte: elaboração da autora.

Na finalização da avaliação da qualidade do protocolo, há de se reconhecer como limitação da pesquisa a não oferta de definições de pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação para diferenciar diretrizes de alta e de baixa qualidade, pelo AGREE II. Conforme exposto na metodologia, porém, todos os domínios foram considerados satisfatórios pois obtiveram pontuação maior que 80%.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desenvolvimento do protocolo clínico direcionado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids resultou em um produto de qualidade satisfatória, uma vez que seguiu, com rigor, o método científico e as fases pré-determinadas para sua elaboração, destacando a participação de profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde, a classificação dos níveis de evidencia e grau de recomendações para a prática clínica de todos os estudos citados e que estavam com informações disponíveis e completas para permitir tal classificação, bem como a definição de questões clínicas norteadoras e a criação de algoritmos.

Desse modo, a presente dissertação vem contribuir para o meio acadêmico e profissional ao disponibilizar material inédito e que foi submetido a avaliação da qualidade.

Os percentuais de qualidade atribuídos pelos avaliadores mostraram-se superiores a 80%, sendo os valores de 96,6% no domínio de escopo e finalidade (Domínio 1); 88,8% no envolvimento das partes interessadas (Domínio 2); 96,2% no rigor de desenvolvimento (Domínio 3); 95,5% na clareza de apresentação (Domínio 4); 89,1% na aplicabilidade (Domínio 5) e 100% na independência editorial (Domínio 6).

Todas as recomendações propostas pelos avaliadores foram analisadas criticamente, em que parte foi incorporada ao protocolo e outra foi refutada, recebendo esta última, justificativas por parte da autora.

O Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) foi inferior a 25% em todos os domínios do AGREE-II, ou seja, as pontuações atribuídas pelos avaliadores mostraram-se bastante lineares ou homogêneas, significando elevada concordância entre os avaliadores. Com os percentuais de avaliação da qualidade e o CVP satisfatórios, pode-se inferir que o protocolo tem uma qualidade aceitável, sendo recomendado para uso na prática clínica por quatro avaliadores, sem restrição. Um avaliador indicou o uso do protocolo com recomendações, sendo que estas não exprimem qualquer comprometimento da segurança do seu conteúdo.

Dessa forma, foram destacados os seguintes coeficientes nos Domínios: 2,6% no escopo e finalidade; 18,6% no envolvimento das partes interessadas; 2,7% no rigor de desenvolvimento; 5,4% na clareza de apresentação; 16,3% na aplicabilidade e 0 na independência editorial.

A avaliação da qualidade proposta pelo AGREE-II associada a uma análise pelo uso do CVP mostrou-se positivo, pois os resultados obtidos pelos dois métodos se potencializam.

Almeja-se com o desenvolvimento do presente protocolo contribuir com conhecimentos acadêmicos atualizados e sistematizados, de qualidade, com respaldo científico, para o atendimento de pessoas com HIV/aids na área do planejamento familiar, além de proporcionar aos profissionais que atuam em unidades básicas de saúde e/ou em ambulatórios de HIV/aids uma prática mais ágil, segura e resolutiva, para essa população que enfrenta problemas sociais, econômicos e biológicos devido a infecção pelo vírus.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros que abordem a gestação de mulheres com HIV/aids, o custo-efetividade da implantação do uso do protocolo clínico no Sistema Único de Saúde, e o monitoramento e auditoria de uma experiência piloto de implantação do protocolo.

REFERÊNCIAS

AGREE Next Steps Consortium. **The AGREE II Instrument. Instrumento para validação de diretrizes clínicas.** Canadá, 2009. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

AKELO, V.; GIRDE, S.; BORKOWF, C.B.; ANGIRA, F.; ACHOLA, K.; LANDO, R.; MILLS, L.A.; THOMAS, T.K.; LECHER, S.L. Attitudes toward family planning among HIV-positive pregnant women enrolled in a prevention of mother-to-child transmission study in Kisumu, Kenya. **PlosOne**, v.8, n.8, 2013, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23990868>>. Acesso em: 31 ago.2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724:** informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6029:** informação e documentação – livros e folhetos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BADELL, M.L.; LATHROP, E.; HADDAD, L.B.; GOEDKEN, P.; NGUYEN, M.L.; CWIAK, C.A. Reproductive Healthcare Needs and Desires in a Cohort of HIV-Positive Women. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, vol. 2012, disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ido/2012/107878/cta/>>. Acesso em: 31 ago.2014.

BAUMGARTNER, J.N.; OTIENO-MASABA, R.; WEAVER, M.A.; THOMAS, W.; REYNOLDS, H.W. Service delivery characteristics associated with contraceptive use among youth clients in integrated voluntary counseling and HIV testing clinics in Kenya. **AIDS care**, v.24, n.10, p.1290-1301, 2012.

BLANCHARD, K.; HOLT, K.; BOSTROM, A.; STRATEN, A.; RAMJEE, G.; BRUYN, G.; CHIPATO, T.; MONTGOMERY, E.T.; PADIAN, N.S. Impact of learning HIV status on contraceptive use in the MIRA trial. **J. Fam. Plann. Reprod Health Care**, v.37, n.4, p.2104-208, 2011.

BONNENFANT, Y.T.; HINDIN, M.J.; GILLESPIE, D. HIV diagnosis and fertility intentions among couple VCT clients in Ethiopia. **AIDS care**, v.24, n.11, p.1407-1415, 2012.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos 2008-2011. Brasília (DF), 2007.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasil (DF), 1988.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF). 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretara de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos.** Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF), 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Caderno n.2. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de políticas públicas. Projeto Promoção da saúde. **As cartas de promoção da saúde.** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**, versão preliminar. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Série Manuais nº 46. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em gestantes.** Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, DF, 1990.

CATUNDA, H.L.O. **Construção e validação de protocolo clínico para utilização de pressário vaginal.** 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Informe epidemiológico AIDS, novembro/2013.** Fortaleza, CE, 2015.

CHAKRAPANI, V.; KERSHAW, T.; SHUNMUGAM, M.; NEWMAN, P.A.; CORNMAN, D.H.; DUBROW, R. prevalence of and barriers to dual-contraceptive methods use among married men and women living with hiv in India. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, volume 2011,

disponívelem<<http://www.hindawi.com/journals/idog/2011/376432/>>.Acesso em: 31 ago.2014.

CHAKRAPANI, V.; NEWMAN, P.A.; SHUNMUGAM, M.; DUBROW, R. Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: implications for prevention. **AIDS Patient Care STDS**, v.24, n.1, p.49-58, 2010.

CHIBWESHA, C.J.; LI, M.S.; MATOBA, C.K.; MBEWE, R.K.; CHI, B.K.; STRINGER, J.S.A.; STRINGER, E.M. Modern Contraceptive and Dual Method Use among HIV-Infected Women in Lusaka, Zambia.**Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, 2011, disponívelem<<http://www.hindawi.com/journals/idog/2011/261453/>>.Acesso em: 31 ago.2014.

CLIFFE, S. TOWNSEND, C.L.; CORTINA-BORJA, M.; NEWELL, M.L. Fertility intentions of HIV-infected women in the United Kingdom. **AIDS care**, v.23, n.9, p.1093-10101, 2011.

COLÔMBIA. Ministerio de la Proteccion Social. **Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral: em el sistema general de seguridade social em salud colombiano**. Bogotá, 2010.

CRANKSSHAW, T.L.; MATTHEWS, L.T.; GIDDY, J.; KAIDA, A.; WARE, N.C.; SMIT, J.A.; BANGSBERG, D.R. A conceptual framework for understanding HIV risk behavior in the context of supporting fertility goals among HIV-serodiscordantcouples.**Reprod.HealthMatters**, v.20, supl.39, p.50-60, 2012.

CRINITI, S.M.; AARON, E.; HILLEY, A.; WOLF, S. Integration of Routine Rapid HIV Screening in an Urban Family Planning Clinic. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.56, n.4, p.395-399, 2011.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem – o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

CURRAN, K.; BAETEN, J.M.; COATES, T.J.; KURTH, A.; MUGO, N.R.; CELUM, C. HIV-1 prevention for HIV-1 serodiscordantcouples. **Curr. HIV/aids Rep.**, v.9, n.2, p.160-170, 2012.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DIAS, A.A. **Desenvolvimento de protocolo clínico para atendimento à infertilidade na atenção básica à saúde**. 2015.101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

DIAS, A.A.; MOURA, E.R.F.; NOGUEIRA, P.S.F.; COUTINHO, J.F.V.; ORIÁ, M.O.B. Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.69-77, 2012.

DJIK, M. G.; WILSON, K. S.; SILVA, M.; CONTRERAS, X.; FUKUDA, H. D.; GARCÍA, S.G. Health Care Experiences of HIV-Infected Women With Fertility Desires in Mexico: A Qualitative Study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.25, n.3, p.224-232, 2014.

DUNCAN, S.; HAWKING, F.; DESMOND, N. Postnatal contraceptive choices among women living with HIV: a decade of experience in a community-based integrated sexual health clinic. **J. Fam. Plann. Reprod. Health Care**, v.39, n.1, p.17-20, 2013.

EVANGELISTA, D.R.; MOURA, E.R.F. Planejamento familiar de mulheres portadoras de HIV/AIDS. **Rev. Mineira de Enf.**, v.15, n.3, p.386-393, 2011.

FELIX, H.C.; BRONSTEIN, J.; BURSAC, Z. STEWART, M.K.; FOUSHEE, H.R.; KLAPOW, J. Referral and referral facilitation behavior of family planning providers for women with HIV infection in the southern United States. **J.Womens Health**, v.19, n.7, p.1385-1391, 2010.

FERRARI, E.; GEGOR, C.L., SUMMERS, L.; PAINE, L.L.; ANDERSON, J.R. Nurse-midwifery management of women with human immunodeficiency virus disease. **J.Nurse Midwifery**, v.38, n.2, p.86-96, 1993.

FIGUEIREDO, N.M; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. 1 ed. São Paulo: Yendis, 2007.

FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl.1,p. 1175-1183, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.3, p. 743-752, 2009.

FRIEDMAN, R.K.; BASTOS, F.I.; LEITE, I.C.; VELOSO, V.C.; MOREIRA, R.I.; CARDOSO, S.W.; ANDRADE, A.C.; SAMPAIO, M.C.; CURRIER, J.; GRINSZTEJN, B. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.2, p.373-381, 2011.

GONÇALVES, T.R.; CARVALHO, F.T.; FARIA, E.R.; GOLDIM, J.R.; PICCININI C.A. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/aids: revisando a literatura. **Psicologia&Sociedade**, v.21, n.2, p.:223-232, 2009.

GROSSMAN, D.; ONONO, M.; NEWMANN, S.J.; BLAT, C.; BUKUSI, E.A.; SHADE, S.B.; STEINFELD, R.L.; COHEN, C.R. Integration of family planning services into HIV care and treatment in Kenya: a cluster-randomized trial. **AIDS**, v.27, supl.1, p.77-85, 2013.

HADDAD, L.; WALL, K.M.; VWALIKA, B. KHU, N.H.; BRILL, I.; KILEMBE, W.; STEPHENSON, R.; CHOMBA, E.; VWALIKA, C.; TICHACEK, A.; ALLEN, S. Contraceptive discontinuation and switching among couples receiving integrated HIV and family planning services in Lusaka, Zambia. **AIDS**, v.27, supl.1, p.93-103, 2013.

HARRINGTON, E.K.; NEWMANN, S.J.; ONONO M.; SCHWARTZ, K.D.; BUKUSI, E.A.; COHEN, C.R.; GROSSMAN, D. Fertility Intentions and Interest in Integrated Family Planning Services among Women Living with HIV in Nyanza Province, Kenya: A Qualitative Study. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, vol. 2012, disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ido/2012/809682/cta/>>. Acesso em: 31 ago.2014.

HAYFORD, S.R.; AGADIANIAN, V. Providers' views concerning family planning service delivery to HIV-positive women in Mozambique. **Stud Fam. Plann.**, v.41, n.4, p.291-300, 2010.

HAYFORD, S.R.; AGADJANIAN, V.; LUZ, L. Now or never: perceived HIV status and fertility intentions in rural Mozambique. **Stud. Fam. Plann.**, v.43, n.3, p.191-199, 2012.

JHANGRI, G.S.; HEYS, J.; ALIBHAI, A.; RUBAAL, T.; KIPP, W. Unmet need for effective family planning in HIV-infected individuals: results from a survey in rural Uganda. **J.Fam. Plann. Reprod. Health Care**, v.38, n.1, p.23-29, 2012.

JOHSTON, B.; LIGIERO, D.; SILVA, S.; MEDLEY, A.; NIGHTINGALE, V.; SRIPIBATANA, T.; BACHANAS, P.; ABUTU, A.; BREWINSKI-ISAACS, M.; BATHILY, F.; GRILLO, M.; BERTZ, L.; MANI, M. Meeting the family planning needs of women living with HIV in US government global health programs. **AIDS**, supl.1, p.121-125, 2013.

JUNG, C.F. **Elaboração e redação de projetos de estágio e TCC**. Disponível em: <http://www.metodologia.net.br>>. Acesso em: 05 nov. 2014. 2012.

KANCHEVA, N.L.; RAMAUTARSING, R.A.; PHANUPHAK, N.; TEERATAKULPISARN, N.; PINYAKORN, S.; RODBAMRUNG, P.; CHAITHOGWONGWATTHANA, S.; ANANWORANICH, J. Factors associated with the use of irreversible contraception and continuous use of reversible contraception in a cohort of HIV-positive women. **Contraception**, v.88, n.1, p.67-73, 2013.

KASHESYA, J.B.; KAHARUZA, F.; EKSTRÖM, A.M.; NEEMA, S.; KULANE, A.; MIREMBE, F. To use or not to use a condom: A prospective cohort study comparing contraceptive practices among HIV-infected and HIV-negative youth in Uganda. **BMC Infectious Diseases** 2011, disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/144>>. Acesso em: 31 ago.2014.

KELLY, C.; LOHAN, M.; ALDERDICE, F.; SPENCE, D. Negotiation of risk in sexual relationships and reproductive decision-making amongst HIV sero-different couples. **Culture, Health & Sexuality**, v.13, n.7, p.815-827, 2011.

KEOGH, S.C.; URASSA, M.; ROURA, M.; KIMOGOLA, Y.; KALONGOJI, S.; KIMARO, D.; CHANGALUCHA, J.; ZABA, B. The impact of antenatal HIV diagnosis on postpartum childbearing desires in northern Tanzania: a mixed methods study. **Reprod. Health Matters**, v.20, supl.39, p.39-49, 2012.

KHU, N.H.; VWALIKA, B.; KARITA, E.; KILEMBE, W.; BAYINGANA, R.A.; SITRIN, D.; RICE, R.H.; LEARNER, E.; TICHACEK, A.C.; HADDAD, L.B.; WALL, K.M.; CHOMMBA, E.N.; ALLEN, S.A. Fertility goal-based counseling increases contraceptive

implant and IUD use in HIV-discordant couples in Rwanda and Zambia. **Contraception**, v.88, n.1, p.74-82, 2013.

KOSGEI, R.J.; LUBANO, K.M.; SHEN, C.; WOOLS-KALOUSTIAN, K.K.; MUSICK, B.S.; SIIKA, A.M.; MABEYA, H.; CARTER, E.J.; MWANGI, A.; KIARIE, J. Impact of integrated family planning and HIV care services on contraceptive use and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. **J. Acquir Immune**, v.58, n.5, p.121-126, 2011.

LARSEN, T.; KESMODEL, U.S.; HOJGAARD, A.; OSTERGAARD, L.; INGERSLEV, H.J.; WEJSE, C. Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark. **Int. J. Infect. Dis.**, v.17, n.10, p.851-856, 2013.

LISY, K. Integration of HIV/AIDS Services with Maternal, Neonatal and Child Health, Nutrition, and Family Planning Services. **Public Health Nursing**, v.30, n.5, p.451-453, 2013.

MALTA, M.; TODD, C.S.; STIBICH, M.A.; GARCIA, T.; PACHECO, D.; BASTOS, F.I. Patient-provider communication and reproductive health among HIV-positive women in Rio de Janeiro, Brazil. **Reproductive health: education and counseling issues**, v.81, n.3, p.476-482, 2010.

MARCELLIN, F.; PROTOPOPESCU, C.; ABÉ, C.; BOYER, S.; BLANCHE, J.; ONGOLO-ZOGO, P.; KOULLA-SHIRO, S.; MOATTI, J.P.; CARRIERI, M.P.; SPIRE, B.; EVAL STUDY GROUP. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116). **AIDS care**, v.22, n.4, p.441-451, 2010.

MARLOW, H.M.; MAMAN, S.; MOODLEY, D.; CURTIS, S. Post-partum family planning service provision in Durban, South Africa: client and provider perspectives. **Health Care Women Int.**, v.35, n.2, p.175-199, 2014.

MARTYN, K.K.; MARTIN, R. Adolescent sexual risk assessment. **J Midwifery Womens Health**, v.48, n.3, p.213-219, 2003.

MATTHEWS, L.T.; CRANKSHAW, T.; GIDDY, J.; KAIDA, A.; SMIT, J.A.; WARE, N.C.; BANGSBERG, D.R. Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women attending HIV services in Durban, South Africa. **AIDS Behav.**, v.17, n.2, p. 461-470, 2013.

MC DONALD, K. 'The old-fashioned way': conception and sex in serodiscordant relationships after ART. **Cult. Health Sex.**, v.13, n.10, p.1119-1933, 2011.

MCCALL, J.; VICOL, L. HIV infection and contraception. **Journal of the association of nurses in AIDS Care**, v.22, n.3, p.193-201, 2011.

MEGA, T.P.; LOPES, A.C.F.; SANTOS, V.C.C.; PETRAMALE, C.A. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.6 (Supl.4), p. 3275-3285, out. 2015.

MILLERY, M.; VAZQUEZ, S.; WALTHER, V.; HUMPHREY, N.; SCHLECHT, J.; DEVANTER, N.V. Pregnancies in Perinatally HIV-Infected Young Women and Implications for Care and Service Programs. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, V.23, N.1, P.41-51, 2012.

MORAES, J.L. **Protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal: construção e validação**. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MOSES, S.H.; DHAR, J.A survey of the sexual and reproductive health of HIV-positive women in Leicester. **Int. J. STD AIDS**, v.23, n.4, p.282-284, 2012.

MOURA, E.R.F.; LIMA, D.M.C.; SILVA, R.M. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista cubana de Enfermería**, v.28, n.1, p. 37-48, 2012.

NEWMANN, S.J.; GROSSMAN, D.; BLAT, C.; ONONO, M.; STEINFELD, R.; BUKUSI, E.A.; SHADE, S.; COHEN, C.R. Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives from HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya. **Int. J. Gynaecol Obstet.**, v.123, supl.1, p.16-23, 2013.

NGURE, K.; MUGO, N.; CELUM, C.; BAETEN J.M.; MORRIS, M.; OLUNGAH, O.; OLENIA, J.; TAMOOH, H.; SHELL-DUNCAN, B. A qualitative study of barriers to consistent condom use among HIV-1 serodiscordant couples in Kenya. **AIDS care**, v.24, n.4, p.509-516, 2012.

OXFORD. Centre for Evidence Based Medicine. **Levels of Evidence**. Disponível em: <<http://www.cebm.net/?o=1025>>. Acesso em: 05 nov. 2014. 2009.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude- Manginhos**, v.21, n.1, p.15-36, 2014.

POLIS, C.B.; GRAY, R.H.; LUTALO, T.; NALUGODA, F.; KAGAAYI, J.; KIGOZI, G.; KIWANUKA, N.; SERWADDA, D.; WAWER, M.J.. Trends and correlates of hormonal contraceptive use among HIV-infected women in Rakai, Uganda, 1994-2006. **Contraception**, v.83, n.6, p.549-555, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAHIMIAN, A.; DRISCOLL, M.; TAYLOR, D. The maternal and child health sites' practices regarding HIV education, counseling, and testing of women of reproductive age in Chicago: barriers to universal implementation. **Mater. Child Health J.** , v.2, n.1, p.35-44, 1998.

RISPEL, L.C.; METCALF, C.A.; MOODY, K.; CLOETE, A.; CASWELL, G. Sexual relations and childbearing decisions of HIV-discordant couples: an exploratory study in South Africa and Tanzania. **Reprod. Health Matters**, v.19, n.37, p.184-193, 2011.

ROSSI, A.S.; AMARAL, E.; MAKUCH, M.Y. Access of people living with HIV to infertility services: perspective of Brazilian healthcare professionals. **AIDS care**, v.23, n.10, p.1329-1335, 2011.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p.5-6, 2007.

RUBIO, D.M.; BERG-WEGER, M.; TEBB,S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v.27, n.2, p.94-111, 2003.

SAXTON, J.; MALYUTA, R.; SEMENENKO, I.; PILIPENKI, T.; TERESHENKO, R.; KULAKOVSKAYA, E; ADEJNOVA, I.; KVASHA, L.; THORNE, C. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine.**Hum.Reprod.**, v.25, n.9, p.2366-2373, 2010.

SCHANN, M.M.; TAYLOR, M.; PUVIMANASINCHE, J.; BUSANG, L.; KEAPOLETSWE, K.; MARLINK,R. Sexual and reproductive health needs of HIV-positive women in Botswana – a study of health care worker's views. **AIDS care**, v.24, n.9, p.1120-1125, 2012.

SCHNEID, S.; STEIN, A.; CAMARGO, C.G.; BUCHABQUI, J.A.; SIRENA, S.; MORETTO, A.; VARELA, M.L.M.; BRAGA, H.; MERLO, I.; PINTO, D.M.J.B.; MOLINARI, A.; SILVEIRA, M. Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, v.47, n.2, p.104-114, 2003.

SMITH, P.B.; WEINMAN M.L. HIV testing and counseling among adolescents attending family planning clinics.**AIDS Care**, v.17, n.4, p.451-456, 2005.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, v.19, n.3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, V. Adolescentes em cena: uma proposta educativa no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev. esc. enferm.**,v.45, n.spe2, p. 1716-1721, 2011.

STEIN, A.; CAMARGO C.G.; BUCHABQUI, J.A.; SIRENA, S.; MORETTO, A.; VARELA, M.L.M.; BRAGA, H.; MERLO, I.; PINTO, D.M.J.B.; MOLINARI, A.; SILVEIRA, A. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, v.47, n.2, p.104-114, 2003.

STEPHENSON, R.; VWALIKA, B.; GREENBERG, L.; AHMED, Y.; VWALIKA, C.; CHOMBA, E.; KILEMBE, W.; TICHACEK, A.; ALLEN, S. A randomized controlled trial to promote long-term contraceptive use among HIV-serodiscordant and concordant positive couples in Zambia.**J.Womens Health**, v.20, n.4, p.567-574, 2011.

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.**2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TOURÉ, H.; AUDIBERT, M.; DOUGHTY, P.; TSAGUE, L.; MUGWANEZA, P.; NYANKESHA, E.; OKOKWU, S.; LIMBO, C.; COULIBALY, M.; ETTIÈGNE-TRAORÉ, V.; LUO, C.; DABIS, F. Public sector services for the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: a micro-costing survey in Namibia and Rwanda. **Bull World Health Organ.**, v.91, n.6, p.407-415, 2013.

USAID. USAID office of population and reproductive health. Meeting the family planning needs of women living with HIV in U.S. Government Global Health Programs. United States of America, 2013.

WALL, K.M.; HADDAD, L.; VWALIKA, B.; KHU, N.H.; BRILL, I.; KILEMBE, W.; STEPHENSON, R.; CHOMBA, E.; VWALIKA, C.; TICHACEK, A.; ALLEN, S. Unintended Pregnancy among HIV Positive Couples Receiving Integrated HIV Counseling, Testing, and Family Planning Services in Zambia. **PlosOne**, v.8, n.9, 2013, disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0075353>> .

WANYENZE, R.K.; TUMWESIGYE, N.M.; KINDYOMUNDA, R.; KASHESYA, J.B.; ATUYAMBE, L.; KASIIME, A.; NEEMA, S.; SSALI, F.; AKOL, Z.; MIREMBE, F. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. **J. Int. AIDS Soc.**, v.14, n.35, 2011 disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136398/?report=classic>>. Acesso em: 31 ago.2014.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte, MG: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), 2009.

WHO. WHO Library Cataloguing – in - Publication Data. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Core epidemiological slides HIV/AIDS estimates, November 2013**. United Nations, 2013.

WILCHER, R.; HOKE, T.; ADAMCHAK, S.E.; CATES, W. Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence. **AIDS**, supl.1, p.65-75, 2013.

ZOTTI, M.E.; PRINGLE, J.; STUART, G.; BOYD, W.A.; BRANTLEY, D.; RAVELLO, L. Integrating HIV prevention in reproductive health setting. **J. Public Health Manag. Pract.**, v.16, n.6, p.512-520, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –USUÁRIO DO
SERVIÇO

Caro (a) Senhor (a),

Chamo-me Raquel Ferreira Gomes Brasil, sou enfermeira e estou realizando a presente pesquisa, com o título: “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”, como Dissertação de Mestrado.

Convido-o para participar como voluntário desta pesquisa. O(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo geral da pesquisa é desenvolver protocolo clínico voltado ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids . Para tanto, na fase de construção do protocolo será necessário consultar usuários do serviço a fim de contribuir na definição dos conteúdos que irão compor o protocolo clínico.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do estudo na qualidade de usuário do serviço para a construção do protocolo. Como tal, o (a) senhor (a) receberá as instruções necessárias e uma pergunta que deverá ser preenchida com a pesquisadora.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização desse trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O (a) senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga penalidade ou preavaliadoro. E, finalmente, informo-lhe que sendo do seu consentimento, seu nome será apresentado na constituição dos usuários de serviço que colaboraram para a construção do protocolo a constar nas páginas pré-textuais do referido documento.

Em caso de dúvida, entre em contato com as responsáveis pela pesquisa:

Enf^a: Raquel Ferreira Gomes Brasil. Telefone: (85) 86100969. Endereço: Rua: Professor Nogueira, 363, Parquelândia.

Disponho também, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Telefone: 3366-8344.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa. Declaro também ter recebido explicações que responderam por completo minhas dúvidas e está recebendo uma cópia assinada deste termo. Logo, concordo em participar da Pesquisa que tem como título “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –GRUPO TÉCNICO DE DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO**

Caro (a) Senhor (a),

Chamo-me Raquel Ferreira Gomes Brasil, sou enfermeira e estou realizando a presente pesquisa, com o título: “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”, como Dissertação de Mestrado.

Convido-o para participar como voluntário desta pesquisa. O(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo geral da pesquisa é desenvolver protocolo clínico voltado ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids . Para tanto, na fase de construção do protocolo será necessário formar uma equipe (grupo técnico) a fim de participar da definição dos conteúdos que irão compor o protocolo clínico; elaboração de questões clínicas; revisão integrativa da literatura, que permitirá a seleção de evidências científicas e a formulação de recomendações clínicas às questões práticas contidas no protocolo; construção de algoritmos de atendimento; e apreciação da versão preliminar do protocolo para eventuais contribuições.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do estudo na qualidade de participante do grupo técnico (GT) de desenvolvimento do protocolo. Como tal, o (a) senhor (a) receberá as instruções necessárias e um instrumento que deverá ser preenchido com a pesquisadora.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização desse trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O (a) senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga penalidade ou preavaliadoro. E, finalmente, informo-lhe que sendo do seu consentimento, seu nome será apresentado na constituição do grupo técnico de desenvolvimento do protocolo a constar nas páginas pré-textuais do referido documento, acrescido de suas credenciais profissionais, como área de graduação, maior titulação e local de trabalho.

Em caso de dúvida, entre em contato com as responsáveis pela pesquisa:

Enf^a: Raquel Ferreira Gomes Brasil. Telefone: (85) 86100969. Endereço: Rua: Professor Nogueira, 363, Parquelândia.

Disponho também, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Telefone: 3366-8344.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa. Declaro também ter recebido explicações que responderam por completo minhas dúvidas e está recebendo uma cópia assinada deste termo. Logo, concordo em participar da Pesquisa que tem como título “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C**DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Eu _____,
profissão _____, declaro que, dentro de cinco anos e para futuro próximo, ()
posso, () não possuo conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político
- () financeiro

Declaro também que as relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Declaração válida perante o estudo “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”, de Raquel Ferreira Gomes Brasil, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

APÊNDICE D

“Ferramenta para a preparação de um protocolo clínico com grupo técnico”

Participante (área de graduação):

Caro participante do grupo técnico a sua contribuição no desenvolvimento deste protocolo clínico será de suma importância para que o mesmo alcance os objetivos frente ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Para tanto, esclareço o conceito geral de protocolos e seus objetivos:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseados na melhor informação científica, logo, tornam-se ferramentas para a utilização na área da saúde, reduzindo a variação inapropriada da prática clínica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quanto à sua natureza, estes podem ser de organização dos serviços ou clínicos. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionados à atenção a saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Para os mesmos autores seu uso contribui para a qualificação do atendimento; a organização e a otimização da assistência; economia de tempo, evitando duplicidade de tarefas; racionalização do cuidado, procedimentos, condutas e materiais; adaptação da evidência científica à realidade local e satisfação de usuários.

Desse modo, solicito que responda as questões seguintes. Elas servirão de base para os principais assuntos que serão abordados no protocolo.

1) Na sua opinião, qual o título mais apropriado para um protocolo que aborde o atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com o HIV/aids? (Título) (Observação: Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas, o título deve conter entre 12 e 16 palavras).

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AVALIADOR

Caro (a) Senhor (a),

Chamo-me Raquel Ferreira Gomes Brasil, sou enfermeira e estou realizando a presente pesquisa, com o título: “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”.

Convido-lhe a participar como voluntário desta pesquisa. O(a) senhor (a), não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo geral da pesquisa é desenvolver um protocolo clínico voltado ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Para tanto, o protocolo precisa ser submetido a um rigoroso processo de avaliação da qualidade. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do estudo na qualidade de avaliador. Como tal, o (a) senhor (a) receberá um “instrumento de avaliação da qualidade” com as informações contidas no protocolo supracitado.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para a realização desse trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O(a) Senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga penalidade ou preavaliadoro. E, finalmente, informo-lhe que, sendo do seu consentimento, seu nome será apresentado na relação dos avaliadores que participaram do processo de avaliação da qualidade do protocolo a constar nas páginas pré-textuais do referido documento, acrescido de suas credencias profissionais, como área de graduação, maior titulação e local de trabalho.

Em caso de dúvida, entre em contato com as responsáveis pela pesquisa:

Enfª: Raquel Ferreira Gomes Brasil. Telefone: (85) 86100969. Endereço: Rua: Professor Nogueira, 363, Parquelândia.

Disponho também, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Telefone: 3366-8344.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa. Declaro também ter recebido explicações que responderam por completo minhas dúvidas e está recebendo uma cópia assinada deste termo. Logo, concordo em participar da Pesquisa que tem como título “Desenvolvimento de protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids”.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador _____

Data _____

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE F

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

1) Apresentação e justificativa do estudo:

A escolha do tema do presente protocolo está fundamentada na importância das ações de planejamento familiar (PF) voltadas às pessoas vivendo com HIV/aids, aliada aos benefícios do uso de protocolos clínicos na prática assistencial, bem como o crescente número de mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV/aids e da transmissão vertical.

2) Instrução para preenchimento do instrumento:

As perguntas de cunho pessoal e profissional deverão ser respondidas da forma mais fidedigna possível.

Em relação ao *check-list*, este contará de seis domínios: escopo e finalidade; rigor de desenvolvimento; clareza de apresentação; aplicabilidade; independência editorial. Cada domínio possui itens que devem ser avaliados por meio de uma escala, com escores variando de um a sete, onde o escore um (discordo totalmente) deve ser aplicado quando não há qualquer informação relevante, ou se o conceito é fracamente relatado; e o escore sete (concordo totalmente) quando a qualidade da informação é excelente e todos os critérios e considerações estão atendidos. Por outro lado, os escores de dois a seis devem ser atribuídos quando a informação do item não atende a todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e da qualidade do relato, devendo aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas.

O prazo máximo para devolução do instrumento de avaliação da qualidade será de 20 dias. Ressalta-se a importância de sua contribuição para que a avaliação da qualidade do protocolo seja alcançada. Esta devolução poderá ser feita por resposta eletrônica ou por meio postal junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressalta-se, porém, que sua assinatura nesse documento deverá estar digitalizada.

3) Identificação e caracterização dos avaliadores: Juiz Nº _____ Data: ___/___/___

Nome completo (para compor o grupo de avaliadores a ser explicitado nas páginas pré-textuais do protocolo): _____

3.1) Identificação

1. Sexo: 1. () feminino 2.() masculino
2. Idade (anos completos): _____
3. Ocupação atual: 1. ()Assistencial 2. ()Docência 3. ()Pesquisa 4. ()Consultoria
5. ()Outros: _____
4. Local de trabalho:_____ Unidade de Atuação: _____
5. Cidade em que trabalha:_____
6. Experiência com docência: 1. () sim 2. () não

3.2) Qualificação

7. Formação/Graduação:_____
8. Ano de conclusão:_____
9. Mestrado:1.() sim 2. () não
- 10.Se sim, área do mestrado:_____
11. Tema de dissertação do mestrado:_____
12. Doutorado: 1. () sim 2. () não
13. Se sim, área do doutorado _____
14. Tema da tese de doutorado:_____
15. Outros:_____

3.3) Produção Científica

16. Tem trabalhos científicos publicados na área de HIV/aids e PF, atenção básica e/ou avaliação da qualidade em periódicos nos últimos 5 anos ? 1. () sim 2.() não
17. Em caso afirmativo, qual o ano de publicação? _____
18. Periódico da publicação?_____Qualis?_____
19. Participa de grupo de pesquisa envolvendo as temáticas HIV/aids e/ou atenção básica ?
1. () sim 2.() não
20. Em caso afirmativo, qual a temática do grupo de pesquisa?_____
21. Há quanto tempo faz parte do grupo de pesquisa? _____

4)Checklist

Marque com um “X”o número correspondente ao algarismo da escala de um a sete, onde o escore um (discordo totalmente) deve ser aplicado quando não há qualquer informação relevante, ou se o conceito é fracamente relatado; e o escore sete (concordo totalmente) quando a qualidade da informação é excelente e todos os critérios e considerações estão atendidos. Por outro lado, os escores de dois a seis devem ser atribuídos quando a informação do item não atende a todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e da qualidade do relato, devendo aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas. Utilize o espaço destinado no fim de cada domínio para realizar comentários/considerações/opiniões conforme deseje.

DOMÍNIO 1: Escopo e finalidade diz respeito ao objetivo geral do protocolo, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3)

1- **O(s) objetivo(s) geral(is) do protocolo encontra(m)-se descrito(s).**

Como classificar: o conteúdo inclui propósito(s) quanto à saúde (por exemplo, prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, etc.); benefício esperado ou desfecho; alvo (por exemplo: pacientes, público).

Onde encontrar: Página 15 (objetivos do protocolo)

- ✓ Fornecer conhecimento atualizado sobre concepção e anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids para profissionais de saúde.
- ✓ Disponibilizar condutas padrões aos profissionais de saúde para o atendimento das principais demandas de pessoas vivendo com HIV/aids nas áreas da concepção e da anticoncepção, utilizando-se dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos Métodos Anticoncepcionais (CME).
- ✓ Oferecer algoritmos para a tomada de decisões de profissionais da saúde frente ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids nas áreas de concepção e anticoncepção.

Atribua sua
avaliação:

ESCALA						
1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

2- **A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pelo protocolo encontra(m)-se especificamente descrita(s).**

Como classificar: o conteúdo do item inclui população-alvo; intervenção(ões) ou exposição(ões); comparações (se adequadas); desfecho(s); ambiente ou contexto de cuidados de saúde.

Onde encontrar: página 14

“Portanto, a assistência ao planejamento familiar deve ser uma prática voltada as áreas da concepção e da anticoncepção, baseada na escolha livre e informada de seus usuários. Entende-se, pois, que esse atendimento tem caráter universal, deve ser oferecido com base nos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010a).

Mediante o exposto, ressalta-se que para assistir a essa demanda de homens e mulheres vivendo e convivendo com HIV/aids, com qualidade, e garantir uma prática em planejamento familiar baseada em evidência científica é mister o uso de protocolo clínico, pelos resultados e benefícios alcançados com esse instrumento, como: redução de variações das práticas clínicas, padronização das rotinas de trabalho e dos procedimentos clínicos, utilização de evidências científicas em procedimentos e ações, implantação de medidas para aumentar o acesso da população alvo aos serviços e o estabelecimento de relações mais efetivas entre usuários e profissionais de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Deste modo, o crescente número de mulheres em idade reprodutiva vivendo com HIV/aids; o elevado percentual da TV do HIV apesar das evidências científicas disponíveis à prevenção; a necessidade de assistir às pessoas vivendo com HIV/aids por meio de ações de planejamento familiar como direito sexual e reprodutivo assegurado; e os benefícios do uso do protocolo clínico na prática assistencial, justificam o desenvolvimento do presente protocolo e atestam sua relevância.”

Atribua sua avaliação:	ESCALA					
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6

Comentários e/ou contribuições:

- 3- **A população (pacientes, público, etc.) a quem o protocolo se destina encontra-se especificamente descrita.**

Como classificar: o conteúdo do item inclui população-alvo, sexo e idade.

Onde encontrar: página 15 (o primeiro objetivo do protocolo explicita a população e para quem se destina o protocolo)

“Fornecer conhecimento atualizado sobre concepção e anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids para profissionais de saúde.

Oferecer algoritmos para a tomada de decisões de profissionais da saúde frente ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids nas áreas de concepção e anticoncepção.”

Atribua sua avaliação:	ESCALA					
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6

Comentários e/ou contribuições:

DOMÍNIO 2: Envolvimento das partes interessadas focaliza em que medida o protocolo foi desenvolvido pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).

- 4- **A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.**

Como classificar: o conteúdo do item inclui, para cada membro do grupo de desenvolvimento do protocolo, as seguintes informações: nome; disciplina/conteúdo de expertise; instituição; localização geográfica; uma descrição do papel do membro do grupo no desenvolvimento do protocolo.

Onde encontrar: página 71 (colaboradores)

Atribua sua
avaliação:

ESCALA						
1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

- 5- **Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).**

Como classificar: O conteúdo do item inclui a declaração do tipo de estratégia utilizada para chegar às opiniões e preferências do público/pacientes (por exemplo, a participação junto à equipe de desenvolvimento do protocolo, revisão de literatura sobre valores e preferências); os métodos pelos quais as preferências e opiniões foram buscadas (por exemplo, evidências da literatura, pesquisas, grupos focais); desfecho/informações obtidas sobre a informação do paciente/público; descrição de como a informação obtida foi usada no processo de desenvolvimento do protocolo e/ou formação das recomendações.

Onde encontrar: página 71

“Os profissionais que colaboraram na construção do protocolo utilizaram formulários previamente elaborados que continham informações pertinentes acerca do título, objetivos e conteúdos que deveriam ser abordados no presente protocolo.

Os usuários do serviço colaboraram de forma a expor seus ideários, de acordo com situações vivenciadas, sobre serviço de planejamento familiar para pessoas vivendo com HIV/aids.”

Atribua sua
avaliação:

ESCALA						
1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

6- Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

Como classificar: o conteúdo do item inclui descrição clara do público pretendido do protocolo; descrição de como o protocolo pode ser utilizado por seu público-alvo.

Onde encontrar: página 15 (os objetivos do protocolo explicitam também os usuários-alvo)

“Fornecer conhecimento atualizado sobre concepção e anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids para profissionais de saúde.

Oferecer algoritmos para a tomada de decisões de profissionais da saúde frente ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids nas áreas de concepção e anticoncepção.”

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

DOMÍNIO 3: Rigor do desenvolvimento diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).

7- Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

Como classificar: o conteúdo do item inclui nome da(s) base(s) de dados eletrônicas ou fonte de evidências onde a busca tenha sido realizada; períodos de tempo utilizados na busca; termos de pesquisa utilizados, descrição da estratégia de busca.

Onde encontrar: página 36 e página 50

“A busca das evidências científicas para responder à referida questão foi realizada nas bases de dados *Cochrane Library*, PubMed/Medline, utilizando-se os descritores “*HIV infections*” e “*Family planning*” integrados com o conector *and*.

Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, independentemente do tempo de publicação. Quando os artigos não estavam disponíveis nas referidas bases de dados, buscou-se sua identificação por meio do Portal de Periódicos da Capes e *Google Scholar*. Quando as informações metodológicas estiveram disponíveis de forma clara e completa, procedeu-se a análise do Nível de Evidência (NE) das pesquisas e o Grau de Recomendação (GR) para a prática em serviço, de acordo com o Sistema de Classificação proposto por Phillips *et al.* (2009).” – página 36.

“A busca das evidências científicas para responder a referida questão foi realizada nas bases de dados *Cochrane Library*, PubMed/Medline, utilizando-se os descritores “*HIV infections*” e “*Family planning*” integrados com o conector *and*.

Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, independentemente do tempo de publicação. Quando os artigos não estavam disponíveis nas referidas bases de dados, buscou-se sua identificação por meio do Portal de Periódicos da Capes e *Google Scholar*. Quando as informações metodológicas estiveram disponíveis de forma clara e completa, procedeu-se a análise do Nível de Evidência (NE) das pesquisas e o Grau de Recomendação (GR) para a prática em serviço, de acordo com o Sistema de Classificação proposto por Phillips *et al.* (2009).” – página 50.

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

8- Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.

Como classificar: o conteúdo do item inclui descrição dos critérios de inclusão, incluindo características da população-alvo (paciente, público, etc.); delineamento do estudo; comparações (caso sejam relevantes); desfecho; idioma de publicação (caso seja relevante); contexto (caso seja relevante)

Onde encontrar: página 21 (Sistema de classificação do nível de evidência científica e do grau de recomendação adotado no protocolo) e páginas 36 e 50

“Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, independentemente do tempo de publicação. Quando os artigos não estavam disponíveis nas referidas bases de dados, buscou-se sua identificação por meio do Portal de Periódicos da Capes e *Google Scholar*. Quando as informações metodológicas estiveram disponíveis de forma clara e completa, procedeu-se a análise do Nível de Evidência (NE) das pesquisas e o Grau de Recomendação (GR) para a prática em serviço, de acordo com o Sistema de Classificação proposto por Phillips *et al.* (2009).” – páginas 36 e 50

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

9- Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

Como classificar: o conteúdo do item inclui descrições sobre como o conjunto de evidências foi avaliado quanto à presença de viés e como foi interpretado pelos membros da equipe de desenvolvimento do protocolo.

Onde encontrar: página 21 (Sistema de classificação do nível de evidência científica e do grau de recomendação adotado no protocolo)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

10- Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

Como classificar: o conteúdo do item inclui a descrição do processo de desenvolvimento das recomendações (por exemplo, os passos usados em técnica Delphi modificada, procedimentos de votação que foram considerados); desfecho do processo de desenvolvimento das recomendações (por exemplo, até que ponto o consenso foi obtido usando técnica Delphi modificado, desfecho dos procedimentos de votação); descrição de como o processo influenciou as recomendações (por exemplo, os resultados da influência da técnica Delphi nas recomendações finais, alinhamento com as recomendações e voto final).

Onde encontrar: página 21 (Sistema de classificação do nível de evidência científica e do grau de recomendação adotado no protocolo)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

11- Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

Como classificar: o conteúdo do item inclui dados de apoio e relato dos benefícios; dados de apoio e relatos dos danos/efeitos colaterais/riscos; as recomendações refletem as considerações sobre os benefícios bem como danos/efeitos colaterais/ riscos.

Onde encontrar: O protocolo deverá ser examinado na sua totalidade , incluindo as recomendações e evidências que o fundamentam.

Atribua sua avaliação:	ESCALA					
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6

Comentários e/ou contribuições:

12- Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.

Como classificar: o conteúdo do item inclui a descrição de como a equipe que desenvolveu o protocolo, associou e usou a evidência para formular as recomendações; cada recomendação está associada à descrição de uma evidência-chave /parágrafo e/ou lista de referência; recomendações ligadas à síntese de evidências, tabelas de evidências na seção de resultados do protocolo.

Onde encontrar: Observar, em destaque por cor, no decorrer do protocolo os níveis de evidência (NE) e o grau de recomendação (GR) dos estudos referenciados.

Atribua sua Avaliação:	ESCALA					
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6

Comentários e/ou contribuições:

13- O protocolo foi revisado externamente por experts antes da sua publicação.

Como classificar: O conteúdo do item finalidade e intenção da revisão externa (por exemplo, melhorar a qualidade, obter feedback sobre recomendações preliminares, avaliar a aplicabilidade e a factibilidade, disseminar evidências); métodos usados para conduzir a revisão externa (por exemplo, escalas de classificação, questões abertas); descrição dos revisores externos (por exemplo, números, tipos de revisores, afiliações), desfechos/informações obtidas na revisão externa (por exemplo, uma síntese dos principais achados), descrição de como as informações obtidas foram usadas para fundamentar o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou formação das recomendações (por exemplo, a consideração dos resultados da revisão do protocolo na elaboração das recomendações finais).

Onde encontrar: página 71 (colaboradores)

Observação: O protocolo está passando por avaliação, posteriormente a informação dos responsáveis pela avaliação estará contida na página 71.

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

14- Um procedimento para atualização do protocolo está disponível

Como classificar: O conteúdo do item inclui a declaração de que o protocolo será atualizado; intervalo de tempo ou critérios explícitos para orientar as decisões sobre quando será a atualização; a metodologia para o procedimento de atualização está relatada.

Onde encontrar: página 5

“A revisão e atualização deste protocolo deverá ocorrer a cada dois anos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). As autoras estão acessíveis para receber contribuições de seus usuários mediante qualquer nova evidência científica, o que pode ser feito através do e-mail das pesquisadoras: rafegobr@yahoo.com e escolpaz@yahoo.com.br.”

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

DOMÍNIO 4: Clareza de apresentação diz respeito à linguagem, estrutura e formato do protocolo (itens 15-17).

15- As recomendações são específicas e sem ambiguidade.

Como classificar: o conteúdo do item inclui: declaração da ação recomendada; identificação do objetivo e finalidade da ação recomendada (por exemplo, melhorar a qualidade de vida, diminuir efeitos colaterais); identificação da população relevante (por exemplo, pacientes, público); ressalvas

ou qualificações, se relevantes (por exemplo, pacientes ou circunstâncias em que as recomendações não seriam aplicáveis).

Onde encontrar: O protocolo deverá ser examinado na sua totalidade, incluindo as recomendações e evidências que o fundamentam.

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

16- As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

Como classificar: O conteúdo do item inclui descrição de opções; descrição da população ou situação clínica mais adequada a cada opção.

Onde encontrar: página 31 até página 45 (Assistência à anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids e Assistência a concepção de pessoas vivendo com HIV/aids)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

17- As recomendações-chave são facilmente identificadas.

Como classificar: observar se a descrição das recomendações está apresentada em quadros sintéticos, digitada em negrito, sublinhada ou apresentada como fluxograma ou algoritmo; recomendações específicas estão agrupadas de forma conjunta em uma seção.

Onde encontrar: páginas 44 (Algoritmo da atenção em anticoncepção de mulheres soropositivas); página 52 (Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soropositiva e homem soronegativo); página 53 (Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes:

mulher soronegativa e homem soropositivo); página 54 (algoritmo da concepção para casais sorocordantes)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

DOMÍNIO 5: Aplicabilidade diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização do protocolo (itens 18-21).

18- O protocolo descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.

Como classificar: O conteúdo do item inclui identificação dos tipos de facilitadores e barreiras que foram considerados; métodos que nortearam a pesquisa das informações relacionadas aos facilitadores e barreiras à aplicação das recomendações (por exemplo, feedback de partes interessadas, teste piloto das diretrizes antes da sua ampla implementação); informação/descrição dos tipos de facilitadores e barreiras que surgiram da investigação (por exemplo, os médicos possuem as habilidades para orientar quanto ao cuidado de saúde recomendado, não há equipamentos suficientes para garantir uma mamografia a todos os sujeitos elegíveis da população); descrição de como a informação influenciou o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou a elaboração das recomendações.

Onde encontrar: páginas 17 (Fatores facilitadores ao uso do protocolo clínico) e 19 (Possíveis barreiras ao uso do protocolo clínico)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

19- O protocolo traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.

Como classificar: o conteúdo do item inclui uma seção de implementação do protocolo; ferramentas e recursos para facilitar a implementação (documentos que resumem o protocolo; links de checagens e algoritmos; links para manuais passo-a-passo); instruções sobre como os usuários podem acessar as ferramentas e recursos.

Onde encontrar: páginas 44 (Algoritmo da atenção em anticoncepção de mulheres soropositivas); página 52 (Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soropositiva e homem soronegativo); página 53 (Algoritmo da atenção em concepção de casais sorodiscordantes: mulher soronegativa e homem soropositivo); página 54 (Algoritmo da concepção para casais soroconcordantes); página 69 (Orientações para percepção do período fértil); página 70 (Quadro para registro do Método Muco Cervical e Temperatura Corporal Basal).

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

20- Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

Como classificar: o conteúdo do item inclui identificação dos tipos de informação sobre os custos que foram considerados (por exemplo, avaliações econômicas, custo de aquisição de medicamentos); métodos que nortearam a pesquisa das informações sobre custos (por exemplo, especialista em economia da saúde integrante da equipe de desenvolvimento do protocolo, uso de avaliações de tecnologia em saúde para medicamentos específicos, etc.); informação/descrição das informações sobre custos que surgiram da investigação (por exemplo, custo da aquisição de medicamentos específicos por tempo de tratamento); descrição de como as informações reunidas foram usadas para fundamentar o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou a elaboração das recomendações

Onde encontrar: Observação: O desenvolvimento do protocolo incluiu a avaliação por avaliadores, todavia a implementação com profissionais de saúde não foi realizada o que nos limita a apresentar as potenciais implicações para o impacto econômico na utilização do mesmo.

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

21- O protocolo apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria

Como classificar: o conteúdo do item inclui a identificação de critérios para avaliar a implementação do protocolo ou aderência às recomendações; critérios para avaliar o impacto da implementação das recomendações; aconselhamento quanto à frequência e intervalo de medição; descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos.

Onde encontrar: Observação: Considerando este protocolo como produto de Dissertação de Mestrado, destaca-se que critérios de monitoramento e auditoria, bem como o impacto da implementação do protocolo não foram descritos, pois não constituíram objeto da dissertação. A etapa de implementação e monitoramento do produto deve constituir objeto de estudo de pesquisa futura.

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

DOMÍNIO 6: Independência editorial diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23)

22- O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo do protocolo

Como classificar: o conteúdo do item inclui o nome do órgão financiador ou fonte de financiamento (ou declaração explícita de que não houve financiamento), uma declaração de que o órgão financiador não influenciou o conteúdo do protocolo.

Onde encontrar: página 67 (Orçamento para o desenvolvimento do protocolo)

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários e/ou contribuições:

23- Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

Como classificar: o conteúdo do item inclui a descrição dos tipos de conflitos de interesses considerados; os métodos pelos quais os conflitos de interesse potenciais foram identificados; a descrição dos conflitos de interesses; a descrição de como os conflitos de interesses influenciaram o processo de desenvolvimento do protocolo e a formulação das recomendações.

Onde encontrar: página 71

“Assegura-se que os colaboradores (equipe de desenvolvimento do protocolo) assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aceitando a citação explícita de seus nomes e que não possuem conflito de interesse com as autoras, nem estas entre si.”

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

Comentários **e/ou** **contribuições:**

AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROTOCOLO CLÍNICO: para cada pergunta, por favor escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação do protocolo.

1- **Classifique a qualidade global desse protocolo:**

Atribua sua avaliação:	ESCALA						
	1 (Discordo totalmente)	2	3	4	5	6	7 (Concordo totalmente)

2- **Recomendaria o uso deste protocolo:**
 sim sim , com restrições não

Comentários **e/ou** **contribuições:**

APÊNDICE G
QUADRO DE RECOMENDAÇÕES DOS AVALIADORES

DOMÍNIO	ITEM	RECOMENDAÇÕES	AVALIADOR 1	AVALIADOR 2	AVALIADOR 3	AVALIADOR 4	AVALIADOR 5

ANEXOS

ANEXO A

Classificação de Nível de Evidência Científica do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (2009).

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção- Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte (contemporânea ou prospectiva).
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito	Coorte desde o início da doença com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada com bom padrão de referência. Critério diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas
	1C	Resultados terapêuticos do “tudo ou nada”.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão sistemática de estudos de coorte.	Revisão sistemática de coortes históricas (retrospectivas) ou de seguimento de casos não tratados de grupo controle de ensaio clínico randomizado.	Revisão sistemática de estudos diagnósticos de nível > 2.	Revisão sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível > 2.

	2B	Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade).	Estudo de coorte histórica, seguimento de pacientes não-tratados de grupo de controle de ensaio clínico randomizado. Critério prognóstico derivado ou validado somente de amostras fragmentas.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.	Estudo de coorte histórica ou com seguimento de casos comprometido (número grande de perdas).
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcome research</i>). Estudo ecológico.	Observação de evoluções clínicas (<i>outcome research</i>).	-----	Estudo ecológico.
	3A	Revisão sistemática de estudos caso-controle.	-----	Revisão sistemática de estudos diagnósticos de nível > 3B.	Revisão sistemática de estudos de nível > 3B.
	3B	Estudo caso-controle.	-----	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada.
C	4	Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognóstica de menor qualidade).	Estudo de caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente.	Série de casos, ou padrão de referência superado.
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).			

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO VOLTADO PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Pesquisador: RAQUEL FERREIRA GOMES BRASIL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44870815.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.086.282

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento ou tecnológica para desenvolver um protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/AIDS. O estudo terá como cenários o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), uma unidade básica de saúde com equipe de profissionais que ofereçam assistência em planejamento familiar (Centro de Saúde Anastácio Magalhães) e um ambulatório especializado no atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS (Ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Objetivos Secundários:

- Construir protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Validar protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2908

E-mail: compep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.088.282

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os pesquisadores, o incômodo de preencher um formulário e participar das atividades desta pesquisa serão consideradas formas de estresse psicológico para os participantes.

Benefícios:

Os pesquisadores afirmam que a construção e validação de um protocolo clínico voltado para o planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids permitirá atender a essa população com qualidade, garantindo uma prática baseada em evidência científica e consistente, gerando benefícios, tais como: redução de variações na prática clínica; padronização das rotinas de trabalho e procedimentos clínicos; Implantação de medidas para aumentar o acesso da população alvo ao serviço e o estabelecimento de relações mais efetivas entre usuários e profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente considerando as particularidades e cuidados especiais que envolvem o planejamento familiar para pessoas que vivem com HIV/aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-375
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comape@ufc.br