

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CURSO DE FARMÁCIA**

TÁSSIO MACEDO SILVA

**INCIDÊNCIA DE NOVOS CASOS DE HIV E PERFIL A
ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA-
PB**

JOÃO PESSOA
2018

TÁSSIO MACEDO SILVA

**INCIDÊNCIA DE NOVOS CASOS DE HIV E PERFIL A ADESÃO AO
TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Dr^a Celidarque da Silva Dias

JOÃO PESSOA - PB
2018

S586i Silva, Tássio Macedo.

Incidência de novos casos de HIV e perfil a adesão ao tratamento com antirretrovirais em um hospital universitário de João Pessoa – PB / Tássio Macedo Silva. -- João Pessoa, 2018.

53f. : il. –

Orientadora : Celidarque da Silva Dias.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. HIV. 2. Antirretrovirais. 3. Adesão ao tratamento. 4. Farmácia.

BS/CCS/UFPB

CDU: 616.97(043.2)

TÁSSIO MACEDO SILVA

**INCIDÊNCIA DE NOVOS CASOS DE HIV E PERFIL A ADESÃO AO
TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal da Paraíba como
exigência para obtenção do título de Bacharel
em Farmácia.

Aprovado em: 04/06/2018

Celidarque da Silva Dias.

**Prof.^a Dr.^a Celidarque da Silva Dias
DCF/ CSS/ UFPB (ORIENTADORA)**

Luciana Lucena Aranha de Macêdo

**Prof.^a Dr.^a Luciana Lucena Aranha de Macêdo
DCF/ CSS/ UFPB (1º MEMBRO)**

Maria Betânia da Silva Cesário

**Farmacêutica Maria Betânia da Silva Cesário
HULW (2º MEMBRO)**

João Pessoa – PB

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Carlos Antônio e Maria do Carmo por todo apoio e dedicação para que esse ciclo venha a ser concluído com sucesso.

Agradeço aos meus irmãos, Tiago e Tamiris, por tudo que fizeram e fazem para me ver bem e feliz seja lá qual decisão eu venha tomar para minha vida. Amo muito vocês!!

Agradeço a todos os meus familiares, especialmente a minha avó, Josefa, por me fazer abrir os olhos e valorizar mais a oportunidade de estudar, fato que ela não teve em sua vida.

Agradeço a Bárbara por todos esses anos de amizade e companheirismo, sendo uma das pessoas que mais pude contar como conselheiro em vários quesitos de minha vida.

Agradeço a Daiana por ser meu chuchu desde o tempo do cursinho, por ter me ajudado em inúmeras situações e por ter sido uma grande companheira nesses anos aqui em João Pessoa.

Agradeço a Samara por toda amizade e companheirismo que foi construído durante toda a UFPB e fora dela. Espero muito que nossa amizade dure para o resto de nossas vidas. Definitivamente, foi minha família aqui em João Pessoa.

Agradeço a Kaline Kelly, muito barbiezinha, por toda companhia nos corredores do DCF, por todas as nossas conversas sobre moda, música e cinema no percurso do CSS ao RU.

Agradeço a Matheus por todos os apoios acadêmicos e fora da universidade. Obrigado por descontrair mais os dias na universidade.

Agradeço a Grasiela Costa e Sunamita por terem me dado tanto apoio, especialmente no início do curso.

Agradeço a Adriano e Félix por terem me dado um ombro amigo quando mais precisava, pelos bons momentos juntos. Vocês foram essenciais na minha vida durante esses anos de amizade.

Agradeço a Joedson por todo apoio. Foi a amizade que, em sua maioria do tempo, estava longe, mas que sempre se manteve perto.

Agradeço a Márcio Coriolano por todas risadas tiradas durante esses anos na academia e por todos os roles loucos que já tivemos juntos, além de alguns puxões de orelhas e conselhos que me ajudou a não tomar atitudes precipitadas.

Agradeço a Ricardo por ter entrado, mais intensamente, na minha vida quando eu mais precisava. Foi a amizade que mais me surpreendeu até hoje.

Agradeço a Simone, Íris por todas as ajudas no curso e companhia na rotina da UFPB.

Agradeço a Renata por todo apoio dado no curso e, principalmente, na reta final do mesmo, quando eu mais precisava de ajuda no TCC e você teve bastante paciência em me ajudar.

Agradeço a Nelson por todo o companheirismo durante todos os anos de convivência e por ter me ajudado em tantas situações de desconforto.

Agradeço a todos os meus amigos que construí no curso de farmácia e fora dele. Amigos que ajudaram direta e indiretamente nessa minha jornada, especialmente, Jennifer, Antônio, José Lucas, Cecília e Jéssica.

Agradeço a minha orientadora, Celidarque Dias, por ter me ajudado nesse trabalho e por ter me confortado em todas as reuniões e discussões sobre o mesmo.

Agradeço a banca examinadora, Luciana Aranha e Maria Betânia, deste trabalho, por terem aceitado e por terem se dedicado um tempo de suas rotinas para avaliar.

Agradeço aos profissionais farmacêuticos e outros profissionais que trabalham no setor da Farmácia do HULW, especialmente Marli, Gerlania, Yussifer e Klenice, por terem me recebido e acolhido tão bem para a aplicação do trabalho na farmácia ambulatorial.

Agradeço a todos os professores do curso que contribuíram para minha formação, principalmente aqueles do departamento de ciências farmacêuticas.

Obrigado!

SILVA, T. M; DIAS, C. S. Incidência de novos casos de HIV e perfil a adesão ao tratamento com antirretrovirais em um Hospital Universitário de João Pessoa. Trabalho de Conclusão de Curso. Coordenação de Farmácia, CCS/UFPB, 2018.

RESUMO

A descoberta da AIDS na década de 1980 teve seu conhecimento a nível mundial principalmente pelo grande número de pessoas que foram acometidas, caracterizando, assim, uma pandemia. No Brasil, esta epidemia se tornou crescente por anos, havendo uma estabilização cerca de 25 anos após a descoberta da doença e uma grande mudança constante no perfil de pessoas que são contaminadas pelo vírus HIV. O Brasil, desde 1996, distribui os medicamentos antirretrovirais para aqueles que são portadores do vírus através dos serviços ambulatoriais ofertados pelo SUS, sendo uma das primeiras nações em desenvolvimento a responder de forma positiva a esse tipo de enfermidade, diminuindo, significativamente, a morbidade e mortalidade no país. Em contrapartida, uma das maiores dificuldades atuais é a adesão ao tratamento antirretroviral, pois esse tipo de tratamento é complexo e requer um conjunto de fatores, como uma boa relação profissional-paciente de maneira humanizada, de forma que haja uma resposta concreta à terapia. O presente trabalho tem como objetivo investigar a incidência de novos casos de HIV e avaliar o perfil a adesão ao tratamento antirretroviral num hospital universitário da cidade de João Pessoa. Para a realização desta pesquisa, utilizou-se de dados extraídos do SICLOM e das fichas cadastrais de dispensação da farmácia ambulatorial e da aplicação de um formulário de entrevista, no tocante a adesão e atenção farmacêutica aos usuários que fazem uso dos antirretrovirais. De 64 novos casos cadastrados, entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018, teve 79,6% de sexo feminino e 20,4% de masculino com uma média de idade cerca de 27 anos, apresentando uma maior incidência no mês de janeiro e maio. Dos 55 entrevistados, 34,55% disse haver algum tipo de dificuldade no uso dos medicamentos, 41,82% já teve motivos para querer abandonar o tratamento e 56,36% afirmou apresentar ou já apresentou algum tipo de reação adversa ao esquema medicamentoso dos antirretrovirais. Conclui-se que os resultados estão de acordo com o perfil atual da epidemia de HIV/AIDS do Brasil, tendo em vista uma epidemia heterogênea com características observadas desde o ano 2000, demonstrando a importância do levantamento dos dados coletados para que falhas sejam detectadas e resolvidas, tendo como consequência melhorias do serviço, auxiliando no benefício dos pacientes assistidos na farmácia ambulatorial.

Palavras-chave: HIV; antirretrovirais; adesão ao tratamento.

SILVA, T. M.; DIAS, C. S. Incidence of new HIV cases and adherence to antiretroviral treatment in a João Pessoa's University Hospital. Term Paper. Pharmacy Coordination, CCS/UFPB, 2018.

ABSTRACT

The discovery of AIDS in the 1980s had its globally knowledge principally because of the large number of people who were affected, thus characterizing a pandemic. In Brazil, this epidemic has become increasing for years, with a stabilization around 25 years after the disease's discovery and a big constant change in the profile of people who are infected with the HIV virus. Since 1996, the Brazil distributes antiretroviral drugs to those who are bearers of the vírus through outpatient services offered by SUS, being one of the first developing nations to respond positively to this type of illness, significantly reducing morbidity and mortality in the country. On the other hand, one of the greatest difficulties today is the adherence to antiretroviral treatment, since this type of treatment is complex and requires a set of factors, like a good humanized professional-patient relationship so that there's a concrete response to therapy. The present study aims to investigate the incidence of new HIV cases and to evaluate the adherence to antiretroviral treatment in na university hospital in João Pessoa's city. In order to carry out this research, it used data extracted from SICLOM, dispensation records of outpatient pharmacy and an interview form, with regard to pharmaceutical adherence and care to users who use antiretrovirals. The sample of 64 new cases registered, between January 2017 and January 2018, had 79.6% of females and 20.4% of males with a mean age about of 27 years, with higher incidence in the January and May month. It is concluded that the results are in line with the current profile of the Brazilian HIV / AIDS epidemic, in view of a heterogeneous epidemic with characteristics observed since the year 2000, demonstrating the importance of collecting collected data so that demonstrating the importance of collecting collected data so that failures are avoided and resolved, resulting in improvements in service, aiding in the benefit of the assisted patients in the outpatient pharmacy.

Keywords: HIV; antiretrovirals; adherence to treatment

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência de novos casos de HIV registrados em relação a idade entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018.....	32
Gráfico 2 – Frequência de novos casos registrados distribuídos por mês entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018.....	33
Gráfico 3 – Porcentagem do estado civil dos pacientes entrevistados na UDM.....	35
Gráfico 4 – Frequência do grau de escolaridade dos pacientes entrevistados na UDM.....	36
Gráfico 5 – Porcentagem dos tipos de ocupação dos pacientes entrevistados na UDM.....	37
Gráfico 6 – Porcentagem e tipos de transportes utilizados pelos pacientes para deslocamento até a UDM.	39
Gráfico 7 – Porcentagem de pacientes que consomem álcool e tomam normalmente ou não o ARV.	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de gestantes entrevistadas no ato de dispensação dos ARV.....	34
Tabela 2 – Renda mensal dos pacientes que fazem uso de ARV na UDM do HULW.....	37
Tabela 3 – Frequência dos tipos de dificuldades que os pacientes relataram para deslocar-se até a UDM.....	38
Tabela 4 – Frequência de pacientes que apresentam alguma dificuldade em tomar os medicamentos.....	40
Tabela 5 – Frequência de pacientes que já houve motivos para abandonar o tratamento.....	41
Tabela 6 – Frequência de pacientes que já apresentou ou apresenta reações adversas aos medicamentos.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

3TC	Lamivudina
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AF	Atenção Farmacêutica
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARVs	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
DHHS	Department of Health and Human Services
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HAART	Highly Active Antirretroviral Therapy
HD	Hospitais-Dias
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IP	Inibidor de Protease
INI	Inibidor de Integrase
IO	Infecções Oportunistas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos
LPV/r	Lopinavir reforçado com Ritonavir
LT-CD4+	Linfócito T-CD4+
LTRs	Long Terminal Repeats
MS	Ministério da Saúde
PC	Prevenção Combinada

PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEP	Profilaxia pós-exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e AIDS
RAL	Raltegravir
RMC-HIV	Relatório de Monitoramento Clínico do HIV
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIV	Simian Immunodeficiency Virus
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TDF	Tenofovir
TV	Transmissão Vertical
TR	Teste Rápido
TB-HIV	Coinfecção tuberculose com HIV
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1. O VÍRUS E A AIDS.....	17
2.1.1 ESTRUTURA VIRAL.....	17
2.1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	18
2.1.3 TRANSMISSÃO E CICLO VIRAL.....	19
2.1.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	20
2.1.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	21
2.2. ANTIRRETROVIRAIS.....	22
2.2.1 EPIDEMIOLOGIA.....	23
2.2.2 CLASSES TERAPÊUTICAS E REAÇÕES ADVERSAS.....	23
2.2.3 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E ESQUEMAS TERAPÊUTICOS	24
2.3. SERVIÇOS E ADESÃO AO TRATAMENTO	26
2.3.1 ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	29
2.3.2. UNAIDS E META 90-90-90.....	30
2.3.3 UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS (UDM).....	31
3. OBJETIVOS	33
3.1. GERAL	33
3.2. ESPECÍFICOS	33
4. METODOLOGIA	34
4.1. LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.2. FONTE DE COLETA.....	34
4.3. MÉTODO	34
4.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	54
FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	54

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de AIDS (do inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) no mundo foram relatados no final da década de 1970, mas eles só foram diagnosticados em 1982. A partir da década de 1980, o número de casos de AIDS no Brasil desenhou uma curva crescente, passando por uma relativa estabilização entre 1998 e 2006. De 2007 até junho de 2016, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), 136.945 casos de infecção pelo HIV (do inglês, *Human Immunodeficiency Virus*) no Brasil, sendo 18.840 no Nordeste (13,8%) (SCOPEL & CHAVES, 2016; BRASIL, 2016).

Um aspecto importante no Brasil, como um todo, é o comportamento da epidemia não se apresentar homogêneo quando se consideram as taxas de incidência, os grupos populacionais acometidos e os índices de sobrevivência observados, caracterizando a epidemia no país como sendo a composição de várias sub epidemias, um mosaico de diferentes realidades, conseqüentes aos diferentes perfis de renda e de escolaridade da população e às diferentes capacidades de investimentos na saúde (SADALA & MARQUES, 2006).

Passados 30 anos desde o início dessa epidemia, tem se observado na AIDS um quadro curioso, marcado pelos processos de heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização. Esse aumento na transmissão no contato heterossexual pode estar resultando no crescimento da incidência de casos da doença no sexo feminino, o que caracteriza um fenômeno importante atual da epidemia. Além do aumento significativo do número de mulheres em idade fértil infectada pelo HIV, merece atenção crescentes valores de idosos portadores deste vírus, o que torna o processo de envelhecimento dessa epidemia e demonstra mais uma forte mudança no perfil da AIDS no Brasil (SILVA et al, 2013).

A oferta antirretroviral (ARV) pelo governo em 1996 tornou mais estruturada a garantia do acesso ao tratamento. A implementação da assistência farmacêutica às pessoas com HIV se inseriu num contexto de construção da Política Nacional de Medicamentos, consolidando a assistência farmacêutica como um compromisso político do governo brasileiro, instituído a partir de 1998. Desse modo, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir

uma resposta integral à epidemia da AIDS, estabelecendo ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado (SCOPEL & CHAVES, 2016).

A política de acesso ao tratamento antirretroviral tem como referência a Lei nº. 9313/1996, que estabelece a distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de medicamentos a todos os portadores de HIV/AIDS que deles necessitem (art. 1º). Ela cuida tanto da aquisição e distribuição de antirretrovirais e medicamentos para doenças oportunistas, como também estipula consensos terapêuticos, periodicamente revisados, que almejam a oferta de tratamentos seguros e eficazes (DUARTE et al, 2011 apud MEINERS, 2008).

Segundo Polejack & Seidl (2010), no espaço de uma década, os regimes terapêuticos, com maior leque de combinações possíveis, transformaram a infecção pelo HIV, de doença devastadora que quase invariavelmente conduzia a pessoa infectada à morte, a uma doença crônica com possibilidades de controle. Nesse sentido, é possível afirmar que a AIDS se tornou uma doença crônica, naqueles países onde o acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) é uma realidade, com aumento significativo na expectativa e na qualidade de vida das pessoas acometidas.

Perante dados do Portal Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), de 2009 a 2015, o número de pessoas em tratamento no SUS aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil pessoas. Isso significa que, em seis anos, o país praticamente dobrou o número de brasileiros que fazem uso de antirretrovirais. A nação já atingiu uma das três metas de 90-90-90, pactuadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, do inglês, *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*), que têm como objetivo tratar 90% das pessoas vivendo com HIV e AIDS, tratar 90% destas e que 90% tenham carga viral indetectável até 2020 em todo o mundo. Atualmente, o SUS oferece, gratuitamente, 22 medicamentos para os pacientes soropositivos, sendo 11 produzidos no Brasil.

Estima-se que, ao final de 2016, segundo Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2017), havia, aproximadamente, 830 mil PVHIV no país, das quais 694 mil (84%) estavam diagnosticadas, onde 655 mil (79% haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde e 563 mil (68%) estavam retidas nos

serviços, além de uma cobertura antirretroviral de 60% e supressão viral de 54% entre todos os indivíduos infectados pelo HIV.

A ampla utilização da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART, do inglês, *highly active antirretroviral therapy*) resultou na melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e a AIDS. A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão (BRASIL, 2010).

A adesão é um processo dinâmico que, além de ser influenciado pelo contexto sociocultural, depende fundamentalmente da qualidade do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde e do modo como os indivíduos infectados pelo HIV enfrentam suas possibilidades para obter uma melhor qualidade de vida (GOMES et al, 2009 apud DL, Paterson, 2000). Em vista disso, a atenção com o paciente, diante a sua adesão ao tratamento antirretroviral deve ser informativa e constante no quesito de conscientização para busca de bem-estar aos usuários de medicamentos de combate ao vírus HIV. Sendo assim, a participação da equipe de saúde e a humanização desses, em sua atuação plena, torna a condição de melhora dos pacientes, como um todo, cada vez mais fácil e próximo de se tornar uma realidade.

De acordo com Garbin et al. (2009), para melhorar o acesso e o atendimento a portador do HIV/AIDS aos serviços de saúde, é de fundamental importância que o relacionamento profissional-paciente seja humanizado, baseado na sinceridade e confiança, o que favorece o tratamento e melhora a qualidade de vida do paciente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O VÍRUS E A AIDS

Em 1983 foi identificado o vírus HIV, pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos (RACHID & SCHECHTER, 2005). O HIV infecta vários tipos de células do sistema imunológico, incluindo células T CD4+ auxiliares, macrófagos e células dendríticas (ABBAS et al, 2015).

Conforme Department of Health and Human Services (DHHS) (2018), a AIDS é uma doença do sistema imunológico em consequência da infecção pelo vírus HIV, destruindo os linfócitos T CD4+ (células CD4), tornando o corpo vulnerável a infecções e cânceres potencialmente letais. A AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV e é caracterizado, nesta circunstância, quando uma pessoa apresenta uma condição definidora de AIDS ou tem uma contagem de células CD4+ menor que 200/células/mm³ (independentemente de a pessoa ter uma condição definidora de AIDS).

A síndrome se enquadra no grupo das imunodeficiências secundárias adquirida após o nascimento, em contraste às imunodeficiências herdadas geneticamente (BALESTIERI, 2006). O aparecimento de infecções oportunistas (IO) e neoplasias é marcante da AIDS. Entre as IO, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se abaixo de 200 cels/mm³, na maioria das vezes (BRASIL, 2017).

Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017).

2.1.1 ESTRUTURA VIRAL

Uma partícula infecciosa do HIV consiste em duas cadeias idênticas de RNA acondicionadas dentro de uma estrutura de proteínas virais, circundado por um

envelope composto por uma bicamada fosfolipídica derivada da membrana da célula hospedeira, mas com inclusões de proteínas de membrana codificadas pelo vírus (ABBAS et al, 2015).

Com 100 nm de diâmetro, o vírus possui um genoma de RNA que é aproximadamente 9,2 kb de comprimento e apresenta um arranjo básico de sequências de ácido nucleico característico de todos os retrovírus conhecidos; associado com as enzimas transcriptase reversa, integrase e protease (CONNOR, 1992 apud GROTTO & PARDINI, 2006; ABBAS et al., 2015).

O material genético do HIV apresenta, nas extremidades, regiões de inserção no DNA da célula hospedeira denominado LTRs (do inglês, *long terminal repeats*) (BALESTIERI, 2006). A sequência gag codifica proteínas estruturais do núcleo. A sequência env codifica glicoproteínas gp120 e gp41 do envelope, que não estão covalentemente associadas uma à outra e são necessárias para a infecção nas células. A sequência pol codifica as enzimas virais transcriptase reversa, integrase e protease, que são necessárias para a replicação viral. Além destes genes, como nos retrovírus típicos, o genoma do HIV-1 contém seis outros genes reguladores que são os genes tat, rev, vif, nef, vpr, vpu, cujos produtos regulam a replicação viral e a evasão imune ao hospedeiro de várias formas (RANG et al., 2016).

2.1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Existem duas grandes famílias de HIV. A maioria das epidemias envolve o HIV-1. O HIV-2 é um vírus mais estreitamente relacionado com o vírus da imunodeficiência de símios (SIV, do inglês *simian immunodeficiency virus*), cuja distribuição concentra-se na África Ocidental (FLEXNER, 2012). O HIV-2, que é diferente na sua estrutura genômica e antigenicidade, causa uma forma de AIDS de progressão mais lenta do que a doença desencadeada pelo HIV-1 (ABBAS et al., 2015). Tendo em vista os diferentes subtipos de HIV, pode-se identificar dois grupos: o M (do inglês, *major* = principal) e o grupo O (do inglês, *outlier* = “estrangeiro”). Dentro do grupo M, há variantes denominadas com as letras A até J, de acordo com a similaridade genética. Essas variantes estão distribuídas em diferentes regiões do mundo (BALESTIERI, 2006,).

De acordo com o Resumo Informativo (UNAIDS, 2017), até 2016, havia cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, onde os índices de novas infecções foram de 1,8 milhão. O total de mortes relacionadas à AIDS foram de 1 milhão no mesmo ano.

Na América Latina, havia 1,8 milhão, sendo distribuídos entre crianças e maiores de 18 anos (UNAIDS, 2017). E, conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), no ano de 2016, os dados notificados no SINAN, apresentou um total de 37.884 casos de infecção pelo HIV no país, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste.

2.1.3 TRANSMISSÃO E CICLO VIRAL

O HIV pode ser isolado de todos os líquidos corporais: sangue, sêmen, saliva, lágrima, urina, leite materno e secreções vaginais (BALESTIERI, 2006). No entanto, o HIV só é transmitido através de relações sexuais (heterossexual ou homossexual), por meio da inoculação de sangue e derivados (sendo umas das principais formas de transmissão no início da epidemia, uma vez que agulhas compartilhadas por usuários de drogas intravenosas são responsáveis pela maioria dos casos nesta forma de transmissão) e da mãe infectada para o concepto, denominada transmissão vertical (TV). A TV pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento (RACHID & SCHECHTER, 2005; ABBAS et al., 2015).

A infecção das células pelo HIV inicia-se quando a glicoproteína do envelope gp120 do vírus liga-se a duas proteínas da célula hospedeira, ao CD4 e a um correceptor que é um membro da família de receptores de quimiocinas. Os receptores de quimiocinas mais importantes que agem como correceptores para o HIV são o CXCR4 e o CCR5 (ABBAS et al., 2015). Os receptores de quimiocinas permitem que a gp41 exponha uma região hidrofóbica, o que promove a inserção e a fusão virais na membrana da célula hospedeira. Uma vez dentro da célula, o RNA sofre a ação da transcriptase reversa, onde duas fitas de RNA são transcritas para duas fitas de DNA, no qual a integração do DNA viral ao material genético da célula é realizada pela integrase. A replicação viral depende da

transcrição do RNA mensageiro viral realizada pela polimerase da célula hospedeira, a RNA polimerase celular. (BALESTIERI, 2006).

Os primeiros genes virais a serem expressos são os relacionados à regulação da replicação (ver, tat e nef) e, mais tarde, são expressos os genes estruturais (env, gag e pol). Após a formação de novos vírus, eles começam a sair da célula e levam pedaços da membrana celular, onde a depender do número de vírus, a célula pode sofrer lise. Os novos vírus formados entram em outras células, recomeçando um novo ciclo (BALESTIERI, 2006).

O HIV perverte a maquinaria celular ao seu próprio benefício, replicando-se e destruindo a célula hospedeira. Vale lembrar que a depleção de linfócitos T CD4+ é o cerne da patogenia da infecção pelo HIV, uma vez que eles são fundamentais para a manutenção da competência imunológica do ser humano (MARQUES, AR., 2005 apud SCHIESARI JÚNIOR, A., 2010). Em um indivíduo não tratado, o número de 10 bilhões de novas partículas virais pode ser produzido a cada dia (RANG et al., 2016).

2.1.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Deve-se considerar a infecção pelo HIV como um espectro de problemas, desde uma fase inicial até uma fase avançada, com manifestações clínicas que se tornam mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência (RACHID & SCHECHTER, 2005 , p. 8).

A evolução da doença causada pelo HIV pode ser acompanhada por meio da medição da quantidade de vírus no plasma do paciente e pela contagem de células T CD4+ no sangue, podendo ser classificada em 3 fases: fase aguda, fase crônica de latência clínica e fase final ou AIDS (ABBAS et al., 2015). Na ausência de qualquer intervenção terapêutica, a mediana de progressão da fase aguda até a fase sintomática é de aproximadamente uma década, porém a variabilidade individual é bastante grande, uma vez que um pequeno número de indivíduos desenvolve AIDS logo após a infecção (RACHID & SCHECHTER, 2005).

A fase aguda da doença, também chamada de síndrome aguda do HIV, é o período de viremia caracterizada por sintomas inespecíficos da infecção,

normalmente entre 3 a 6 semanas após a infecção. Em muitos pacientes, a infecção é oculta e não há nenhuma sintomatologia (ABBAS et al., 2015).

A fase crônica da latência clínica pode durar muitos anos e, durante este tempo, o vírus permanece contido no interior de tecidos linfoides e a perda de células T CD4+ é corrigida por reconstituição a partir de células progenitoras. Dentro de 2 a 6 meses após a infecção, a concentração viral plasmática se estabiliza em um determinado nível, que difere entre os pacientes (ABBAS et al., 2015).

A doença pelo HIV progride para a fase final e, quase que invariavelmente, para uma fase fatal chamada AIDS, quando a contagem de células T CD4+ diminui para menos de 200 células/mm³. A viremia pode aumentar drasticamente à medida que a replicação viral acelera em outros reservatórios além das células T. Os pacientes com AIDS desenvolvem vários tipos de infecções oportunistas, neoplasias, caquexia (síndrome de emaciação pelo HIV), insuficiência renal (nefropatia pelo HIV) e degeneração do SNC (encefalopatia da AIDS) (ABBAS et al., 2015).

2.1.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico sorológico baseia-se na observação de que a quase totalidade de pessoa infectadas desenvolverá anticorpos anti-HIV até seis a doze semanas após a exposição ao vírus. O uso de métodos moleculares, como PCR (do inglês, *polymerase chain reaction*), para diagnóstico de infecção pelo HIV deve ser restrito aos indivíduos com forte suspeita de infecção recente e que ainda não tenham desenvolvido anticorpos anti-HIV. Os testes para detecção de anticorpos no soro ou plasma são: ELISA (do inglês, *enzyme-linked immunosorbent assay*), imunofluorescência, Western-Blot e testes rápidos (RACHID & SCHECHTER, 2005).

Uma parcela considerável das PVHIV ainda realiza o diagnóstico do HIV em estágios avançados da doença, em que o risco de adoecimento grave e morte é consideravelmente maior. As PVHIV sem conhecimento da sua condição sorológica e, portanto, sem TARV, além de não usufruírem dos inúmeros

benefícios do tratamento, perpetuam a cadeia de transmissão do vírus, contribuindo para a manutenção da epidemia (BRASIL, 2017).

2.2. ANTIRRETROVIRAIS

Os antirretrovirais são fármacos que são utilizados para tratar infecções causadas por vírus, porém mais especificamente, aqueles pertencentes ao grupo dos retrovírus, como o HIV, por exemplo. Desta forma, nas infecções virais, o enfoque quimioterápico visa inibir a replicação viral (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

Como os vírus sequestram muitos dos processos metabólicos da própria célula do hospedeiro, é difícil encontrar fármacos que sejam seletivos para o patógeno. Todavia, há algumas enzimas que são específicas do vírus, e estas se tornaram alvos úteis para os fármacos (RANG et al, 2016). Quanto maior a seletividade dos antivirais, menor é a toxicidade em células hospedeiras (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

O primeiro agente antirretroviral efetivo, a zidovudina (AZT), foi sintetizado por Horwitz, em 1964, como falso nucleosídeo, com atividade antineoplásica decepcionante. Em 1972, Osterag verificou que o fármaco inibia a replicação *in vitro* de um retrovírus murinho tipo D. Mitsuya e Broder, trabalhando em Bethesda em 1985, publicaram que esse fármaco exercia uma poderosa atividade anti-HIV *in vitro* (FLEXNER, 2012). Desse modo, o AZT foi a primeira droga antirretroviral a ser liberada para uso clínico, menos de cinco anos após identificação do HIV (RACHID & SCHECHTER, 2005). Contudo, a história da doença pode ser contada antes e depois da introdução do esquema combinado de antirretrovirais, colocando a AIDS no rol das doenças crônicas (RIBEIRO et al., 2006).

Atualmente, a maioria dos agentes antivirais disponíveis é efetiva apenas enquanto o vírus está se replicando. Como as fases iniciais da infecção viral são usualmente assintomáticas, o tratamento é frequentemente retardado até que a doença esteja bem estabelecida (RANG et al, 2016).

2.2.1 EPIDEMIOLOGIA

O ano de 2016 foi encerrado com 498 mil pessoas em TARV – número quase seis vezes superior ao observado em 1999, de 85 mil, considerando-se todos os esquemas terapêuticos dispensados. Ressalte-se que esse é o número total de pessoas em TARV, independentemente de faixa etária, sendo que 98% dessas PVHIV tinham mais de 18 anos. Ao final do primeiro semestre de 2017, 517 mil PVHIV estavam em TARV (BRASIL, 2017).

2.2.2 CLASSES TERAPÊUTICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Existem seis classes de medicamentos antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores da fusão, antagonistas dos receptores de quimiocinas (antagonistas CCR5 e CXCR4) e inibidores da integrase (INI) (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

Os ITRN inibem a síntese do DNA, atuando na transcriptase reversa, enzima viral que copia o RNA viral e o transforma em DNA nas células infectadas. Os ITRNN também bloqueiam a síntese do DNA viral ao inibir a atividade enzimática da transcriptase reversa. Os IP evitam o processamento das proteínas virais, ligando-se em sítios das proteases virais. Inibidores da fusão previnem a entrada do HIV nas células-alvo. Os antagonistas dos receptores de quimiocinas evitam a entrada do HIV nas células-alvo, ao bloquearem uma etapa da entrada do vírus, por meio da ligação aos receptores de proteínas humanas. Os INI ligam-se à enzima viral integrase, interferindo na incorporação do DNA transcrito reversamente nos cromossomos das células dos hospedeiros (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

Os fármacos abacavir (ABC), didanosina (ddl), entricitabina (FTC), estavudina (d4T), lamivudina (3TC), tenofovir (TDF), zalcitabina (ddC), zidovudina (AZT) são pertencentes a classes dos ITRN; os fármacos efavirenz (EFV), etravirina (ETV), nevirapina (NVP) e delavirdina (DLV) são classificados como ITRNN (FLEXNER, 2012; BRASIL 2017).

Os IP são exemplificados com os amprenavir (APV), atazanavir (ATV), darunavir (DRV), fosamprenavir (FPV), indinavir (IDV), lopinavir + ritonavir (LPV/r), saquinavir (SQV), tipranavir (TPV); dos Inibidores da entrada/fusão podem ser citados enfuvirtida (T-20), maraviroque (MVC); e o raltegravir (RAL) e dolutegravir (DTG) são os exemplos de INI (FLEXNER, 2012, 2012; BRASIL, 2017).

Dentre os múltiplos efeitos adversos encontrados nos pacientes que fazem uso de antirretrovirais, estão incluídos: alterações gastrointestinais, como enjojo, vômitos, azia, dificuldade de digestão, diarreia, alteração do paladar, dentre outros; sobre o sistema nervoso central e efeitos relacionados (cefaleia, tontura, insônia, ansiedade, etc); musculatura esquelética e efeitos dermatológicos; alterações sanguíneas; efeitos metabólicos, incluindo pancreatite, lesão hepática, acidose láctica e lipodistrofia, onde há uma má distribuição da gordura corporal (RANG et al, 2016).

Os benefícios globais da supressão viral e a melhora na função imunológica como resultado da TARV superam largamente os riscos associados aos efeitos adversos de alguns ARV (BRASIL, 2017). Por este motivo, a equipe de saúde deve estar atenta para essas queixas e pelo risco potencial que elas podem gerar no comprometimento do estado nutricional, na eficácia do tratamento e sua adesão. Os usuários devem ser informados sobre a possibilidade do aparecimento desses efeitos quando no momento da prescrição da TARV, assim como devem receber orientações de manejo e prevenção dos mesmos (BRASIL, 2008).

2.2.3 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

O esquema inicial preferencial recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2017), deve ser a associação de dois ITRN (3TC e TDF) associados a um INI (DTG). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção TB-HIV e gestantes. Este esquema HAART tem tido um grande impacto indiscutível em tornar mais lento o curso da doença e prolongar a vida, além de que tem se mostrado decisivos no aumento da qualidade de vida dos indivíduos com infecção pelo HIV (BALESTIERI, 2006; COLOMBRINI, 2006; SALDANHA et al, 2009).

Os benefícios potenciais para o início do tratamento antirretroviral na vigência de infecção aguda incluem redução da gravidade da doença aguda e da taxa de mutação viral em função da supressão virológica, com preservação da função imune e redução do risco de transmissão viral, sendo, inclusive, uma das formas mais eficientes na redução da transmissão vertical (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

Na maioria dos casos, a TARV reduz rapidamente a carga viral plasmática de pacientes assintomáticos e virgens de tratamento. Em paralelo, há um aumento gradual de linfometria de células LT-CD4+. O objetivo da terapia é a inibição duradoura da replicação viral de forma que seja atingida e mantida uma resposta imune eficaz contra a maioria dos patógenos (RACHID & SCHECHTER, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o início da TARV está recomendado para todas PVHIV, independente do seu estado clínico e/ou imunológico, pois a recomendação de início precoce da TARV considera, além dos claros benefícios relacionados a redução da morbimortalidade em PVHIV, a diminuição da transmissão da infecção, o impacto na redução da tuberculose – a qual constitui principal causa infecciosa de óbitos em PVHIV no Brasil e no mundo. Assim sendo, no ano de 2016, conforme Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2017), foram registrados aproximadamente 70 mil novos tratamentos no país, dos quais 68 mil foram entre PVHIV de 18 anos ou mais.

Algumas situações exigem maior urgência para o início da TARV, uma vez que seu início tem impacto importante na redução da mortalidade, na transmissão vertical e no tratamento de comorbidades graves. As pessoas sintomáticas, gestantes, presença de linfócito CD4+ < 350 céls/mm³, tuberculose ativa, coinfeção com hepatite B ou hepatite C e com risco cardiovascular elevado (>20%), devem iniciar a TARV com agilidade, uma vez que há uma priorização de acesso ao atendimento pelos serviços da rede de assistência a PVHIV (BRASIL, 2017).

Efeitos adversos agudos/subagudos, prevenção de toxicidade em longo prazo, falha virológica a TARV, comorbidades associadas, prevenção de interações medicamentosas graves e planejamento de gravidez são algumas das situações onde é possível considerar a mudança de um esquema eficaz para um

esquema alternativo. Desta maneira, o princípio fundamental da mudança da TARV é manter a supressão viral sem comprometer futuras opções de tratamento (BRASIL, 2017).

A CV-HIV elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2010). Assim, a TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento. Desse modo, A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN associados a um INI (BRASIL, 2017). O esquema preferencial para gestantes em início de tratamento deve ser: TDF + 3TC + RAL (BRASIL, 2017).

A profilaxia pós-exposição (PEP), um método preventivo cujo objetivo é evitar novas infecções pelo HIV, está disponível no SUS desde 1999, sendo, atualmente, uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada (PC) (BRASIL, 2017). O recurso preventivo é utilizado em casos envolvendo indivíduos que praticaram atividade sexual sem o uso de preservativos, entre usuários de drogas injetáveis que compartilharam seringas e também outras formas de exposição, como a exposição ocupacional, por exemplo (KUCHNCECHER, 2015).

Podendo ser utilizado até 72 horas após a situação de risco, o esquema preferencial da PEP é a associação de TDF + 3TC + DTG, onde a duração de uso é de 28 dias. A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta que deve sempre ser avaliado por meio de teste rápido (TR), pois um indivíduo com TR reagente não poderá fazer uso desse tipo de profilaxia e sim ser encaminhado para acompanhamento clínico e início da TARV (BRASIL, 2017).

2.3. SERVIÇOS E ADESÃO AO TRATAMENTO

Os anos de 1985 a 1989 no Brasil foram um período de construção da política nacional de controle da AIDS (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). A reação brasileira à epidemia de HIV/AIDS é marcada, em suas três décadas de história, pelo dinamismo das ações que caracterizaram as respostas que governo

e sociedade civil deram ao agravo, podendo ser citadas três dessas ações que se destacaram mundialmente:

- A oferta universal e gratuita de TARV a todos os usuários do SUS que preencham os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996).
- O licenciamento compulsório, em 2007, das patentes de medicamentos antirretrovirais, fazendo com que o Brasil liderasse o mundo na construção de uma nova abordagem na relação entre interesses comerciais e políticas públicas de saúde; e
- As ações de prevenção desempenhadas ao longo das últimas décadas, com destaque para a massificação da testagem na rede de saúde do SUS e para a intensa articulação institucional entre Estado e Sociedade Civil, em ações de promoção de direitos humanos e, mais recentemente, testagem em populações-chave. (BRASIL, 2018).

A epidemia de HIV/AIDS e a necessidade de se criarem estratégias para seu enfrentamento não é pauta exclusiva de instituições criadas especificamente para esse fim. Então, no período de 1981 a 1996, nomeou a presença do tema AIDS em vários e diferentes tipos de instituições: organizações de base comunitária, bancos multilaterais, agências de fomento, organismos religiosos, indústria farmacêutica, grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, movimento negro feminista, homossexual, sindical e grupos de classe (BRASIL, 2008).

Ainda no início da década de 90, com o financiamento da implantação de serviços de saúde, foi estabelecida rede para diagnóstico, aconselhamento e tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS, no âmbito do SUS. Desde então foram estruturadas diferentes modalidades assistenciais no país, tais como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV e AIDS (SAE), as Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais (UDM), os Hospitais-Dia (HD) e os serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (HALLAL et al., 2010). Portanto, a assistência ambulatorial às PVHIV no Brasil é realizada em diferentes serviços do SUS: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, ambulatórios de

hospitais, serviços exclusivos para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS. Diante deste contexto, o Brasil foi o primeiro país não rico a adotar a política de acesso universal e gratuito à TARV (NEMES et al., 2009; NEMES et al., 2013).

O SAE, composto por equipes multidisciplinares, é o serviço preferencial para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. A UDM é composta por farmacêuticos e dispensadores de medicamentos e tem como função a dispensação de antirretrovirais e o controle logístico de seu abastecimento, o qual é realizado por meio do SICLOM (HALLAL et al., 2010).

O SAE do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) fica localizado no 6º andar, onde é possível encontrar uma unidade de carácter ambulatorial composto por profissionais médico infectologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, além tratamento com assistência farmacêutica ao pacientes e apoio psicossocial aos mesmos ou aos familiares.

A ADT e HD foram criados no início da década de 90, respectivamente para atendimento de pacientes com dificuldade de locomoção e para administração de medicamentos parenterais para tratamento de infecções oportunistas (IO). Com a mudança do perfil da epidemia, e diminuição da ocorrência de IO, seu papel tem se modificado, incluindo o apoio a adesão (no caso da ADT) e realização de procedimentos diagnósticos invasivos, como biopsias e punções (HALLAL et al., 2010).

Adesão é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer corresponsabilidades e decisões compartilhadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social. Compreende como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Além disso, a adesão ao tratamento transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o

estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (BRASIL, 2008).

Fatores que influenciam a adesão à TARV são descritos como aqueles relacionados ao indivíduo, à presença de morbidades, ao esquema de TARV prescrito e ao serviço de saúde no qual o indivíduo é acompanhado (SILVA et al., 2015). A associação da não adesão com as características sociodemográficas, acesso e uso de serviços de saúde, fatores psicossociais, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento merecem destaque, pois estão presentes na realidade das PVHIV, sendo consideradas umas das maiores dificuldades atuais para este público alvo (BONOLO et al., 2007).

A dispensação deve-se basear num processo de informação e educação continuada, fundamentais para o êxito da terapêutica indicada, dado que a falta de informação sobre o medicamento e argumentos plausíveis para o uso do mesmo são motivos para uma má ou não adesão ao tratamento. Então, as informações devem ser prestadas de forma clara, simples e abrangente, em função das necessidades de cada pessoa, do seu nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito (BRASIL, 2010).

2.3.1 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “Pharmaceutical Care”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica (AF). Os autores definiram que a “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente” (HEPLER & STRAND, 1990 apud VIELMO, 2013). O objetivo da prática da AF é promover o melhor controle da doença. Para isso, usa como recursos o empoderamento dos pacientes em relação aos seus medicamentos, a melhora na comunicação entre a equipe de saúde, uma maior organização dos serviços e identidade do profissional farmacêutico. Dessa forma, possibilita contribuir para a

redução dos erros de medicação e reações adversas (SILVEIRA, 2009 apud VIELMO, 2013).

Isto evidencia que, como em outras doenças crônicas, na condição sorológica positiva é fundamental haver uma interação entre o paciente e a equipe multiprofissional, de forma a favorecer que a complexidade que envolve a continuidade do tratamento possa ser devidamente compartilhada (COLOMBRINI, 2006). Portanto, AF é a parte prática da interação do farmacêutico com o paciente, tendo, como ponto principal, a correlação das necessidades deste último com os medicamentos (PEREIRA & FREITAS, 2008).

A participação do farmacêutico nos grupos existentes na área da unidade de saúde, trazendo informações sobre os medicamentos, respondendo a dúvidas e questões sobre os medicamentos e esquemas terapêuticos poderá contribuir para a melhoria da adesão e dos resultados dos tratamentos. Tem ainda a função de integração na equipe e com os pacientes (GOMES, 2007 apud ROMEU et al., 2012).

2.3.2. UNAIDS E META 90-90-90

O UNAIDS é uma parceria inovadora que encoraja, mobiliza e apoia países para alcançar o acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Reúne recursos do Secretariado do UNAIDS e de 11 agências das Nações Unidas em esforços coordenados e especializados para unir o mundo contra a AIDS (ONUBR, 2018).

Após o ano de 2015, a UNAIDS (2015) determinou uma meta para um mundo mais saudável, justo e equitativo, classificando-se como Meta 90-90-90. Nesta meta existe um movimento forte sobre a narrativa do tratamento do HIV, onde há uma tentativa de alcançar três pontos:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente.

- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.

Consoante Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2017), há um avanço importante em todas as metas. A proporção de PVHIV diagnosticadas aumentou em 18% entre 2012 e 2016, passando de 71% para 84%, respectivamente. Houve um aumento de 15% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em TARV (de 62% em 2012 para 72% em 2016). Das pessoas em TARV há pelo menos seis meses, em 2016, 91% atingiram supressão viral (CV<1.000 cópias/mL), proporção 6% acima da observada em 2012 (85%).

O monitoramento dessas metas tem se mostrado de grande importância para a identificação, em tempo oportuno, de problemas e lacunas no acesso adequado ao cuidado, permitindo a implementação de ações para corrigir os rumos tomados (UNAIDS, 2016).

2.3.3 UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS (UDM)

A UDM, onde foi conduzido o presente estudo, está localizada em um HU para atendimentos ambulatoriais, no qual é referência em atendimentos para mulheres que vivem com HIV e estão gestantes e após a gestação, assim como seus filhos e companheiros, caso também tenham a condição soropositiva.

As pacientes que estão gestantes e são diagnosticadas com HIV, são direcionadas ao SAE do HU para serem acompanhadas durante toda a gravidez a fim de evitar a transmissão vertical. As mesmas fazem exames laboratoriais de carga viral e contagem LT-CD4 para avaliação terapêutica, além de exames de rotina.

A UDM atende à demanda de toda regional de saúde, sendo dispensados ARV a aproximadamente 400 pacientes/mês, tendo uma quantidade de mais de 800 pacientes cadastrados no SICLOM que são atendidos e recebem os medicamentos nessa unidade. A estrutura da UDM é bastante restrita e não disponibiliza de local para atendimento individualizado com garantia de privacidade, pois, aliado a isso, o serviço conta com apenas uma profissional

farmacêutica pela manhã. Durante a tarde os farmacêuticos que dispensam os ARV atuam em outros setores do Serviço de Farmácia do HU, não estando sempre disponível para atender aos pacientes em livre demanda, possuindo uma rotatividade frequente de farmacêutico para o atendimento aos pacientes. Fato esse dificulta a formação de vínculo dos usuários com o profissional e o serviço.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

- Investigar a incidência de novos casos de indivíduos HIV e avaliar o perfil a adesão ao tratamento com antirretrovirais em um hospital universitário da cidade de João Pessoa.

3.2. ESPECÍFICOS

- Obter informações quanto a faixa etária, gênero e condições socioeconômicas;
- Avaliar o perfil do usuário atendido na farmácia ambulatorial;
- Avaliar o perfil de adesão ao tratamento antirretroviral;
- Obter um diagnóstico da atenção farmacêutica realizado no atendimento aos usuários dos medicamentos antirretrovirais;
- Investigar quais os principais motivos para abandono do tratamento.

4. METODOLOGIA

4.1. LOCAL DE ESTUDO

A execução do presente trabalho foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) na Farmácia Ambulatorial, local onde ocorre o atendimento e dispensação de antirretrovirais aos pacientes ali assistidos.

4.2. FONTE DE COLETA

Para obtenção dos dados, foram utilizadas as fichas de cadastro e dispensação dos pacientes atendidos na farmácia, além do SICLOM para adquirir informações quanto ao gênero e faixa etária. Outro recurso foi o formulário de entrevista, presente em anexo, obtendo informações quanto às condições socioeconômicas e adesão ao tratamento.

O SICLOM, por ser um sistema de domínio administrativo Federal, somente profissionais autorizados tem acesso aos dados nele contido, sendo necessário o acompanhamento, por parte do pesquisador, do farmacêutico responsável.

4.3. MÉTODO

O desenho do estudo transversal tem natureza descritiva, prospectiva, informativa, qualitativa, quantitativa e documental. O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa do hospital universitário (HU), recebendo o número 85268018.4.0000.5183 de apreciação do comitê.

A primeira fase do estudo correspondeu a análise do SICLOM e das fichas cadastrais dos pacientes cadastrados entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018, onde 64 pacientes foram o total cadastro neste período, obtendo informações quanto a idade, gênero e mês de cadastro.

A segunda fase foi a aplicação do formulário de entrevista para obtenção de dados socioeconômicos, demográficos e o perfil de adesão ao tratamento com os esquemas terapêuticos aos pacientes usuários de antirretrovirais. A amostra

representativa para o estudo foi de 55 pacientes, de acordo com cálculo amostral utilizando o erro de 5%, segundo VIEIRA, 2008; BERQUÓ et al., 2014.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em programa específico e analisados através de Software Estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19, para sistema operacional Windows. Os resultados foram sumarizados utilizando gráficos, tabelas e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, etc.).

4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes que foram cadastrados e que recebem medicamentos antirretrovirais na farmácia ambulatorial do HULW na primeira fase do estudo no período entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

Os pacientes, no período entre fevereiro a abril de 2018, que chegavam na farmácia ambulatorial para receber seus medicamentos e que concordavam em responder o formulário de entrevista aplicado pelo pesquisador.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para investigação da incidência de novos casos, os dados foram levantados e coletados através do SICLOM e da ficha de cadastro na UDM do HULW, adquirindo dados como sexo, idade e mês de cadastro, referindo-se à primeira etapa do estudo. Desse modo, entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018, dos 64 pacientes que foram cadastrados, foi observado que 49 (79,6%) são de sexo feminino e 15 (20,4%) de sexo masculino. A média de idade encontrada foi aproximadamente de 27 anos (DP = 9,11), havendo uma concentração de pessoas infectadas entre 20-35 anos de idade conforme gráfico 1, onde a faixa etária variou de 1 ano a 52 anos. É notável a presença de infecção em dois indivíduos com até 5 anos de idade, sendo casos de infecção passados da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação, caracterizando, assim, uma transmissão vertical.

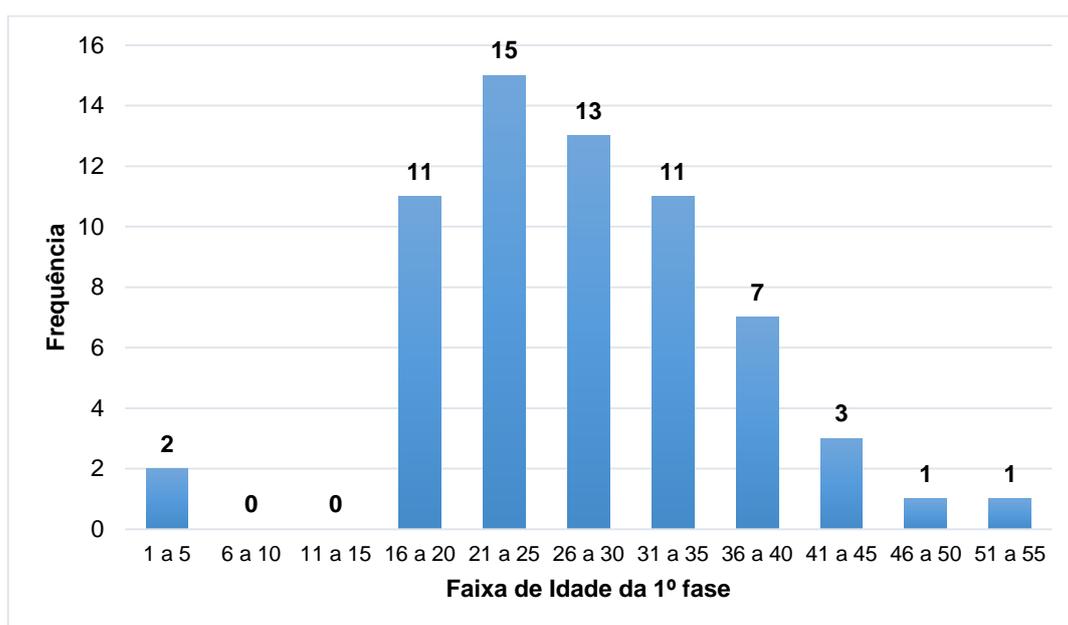


Gráfico 1. Frequência de novos casos de HIV registrados em relação a idade entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

O presente estudo apresentou uma faixa de idade com maior incidência de novos casos entre 20 e 35 anos concentrados no período entre janeiro do ano de 2017 a janeiro de 2018, cadastrados na farmácia ambulatorial, estando, assim, em concordância com o perfil atual dos indivíduos que são portadores do vírus no

país, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), onde a faixa etária mais presente se estabelece entre 20 e 34 anos.

No Gráfico 2 é possível observar a frequência de novos casos por mês, em que houve um maior número de cadastros nos meses de janeiro e maio de 2017, verificando 10 (15,6%) novos casos registrados em cada mês, seguido do mês de fevereiro do mesmo ano, com 9 (14,1%) novos casos. Os outros meses apresentaram uma quantidade igual ou inferior a 6 casos/mês apontados na UDM. No entanto, o considerável aumento no mês de janeiro e maio, que não foi atribuído a nenhum fator sazonal, pode ser, eventualmente, devido ao tempo de exposição ao vírus e diagnóstico, se tratando de um achado na pesquisa.

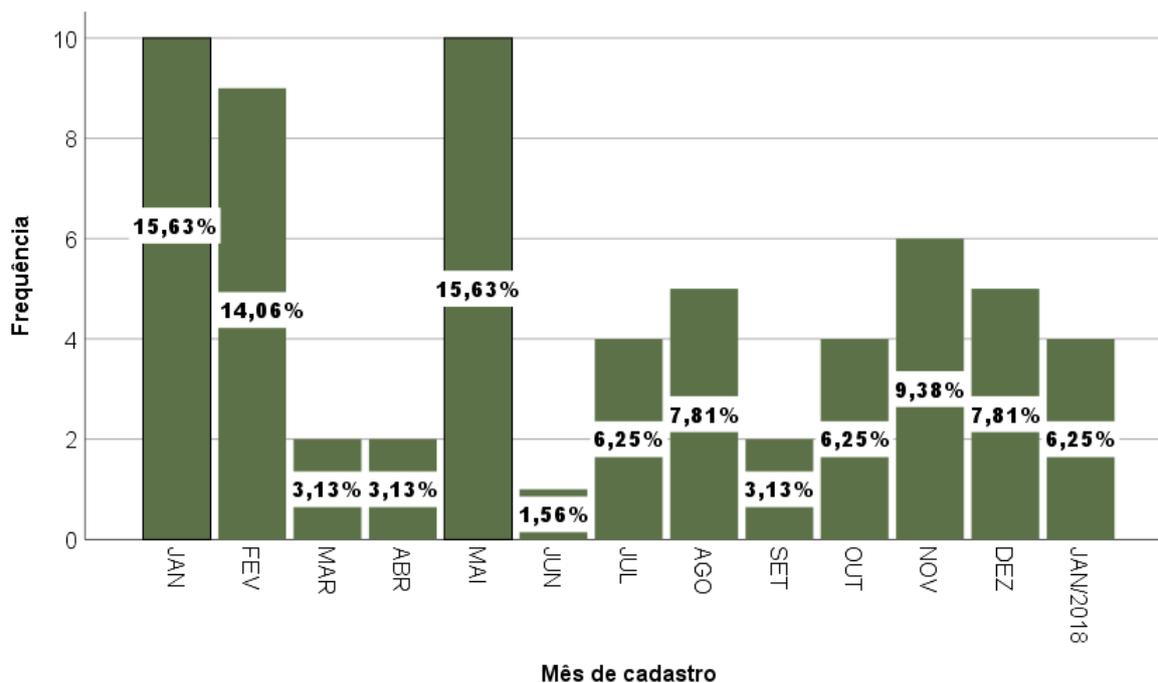


Gráfico 2. Frequência de novos casos registrados distribuídos por mês entre janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

Na 2ª etapa do estudo, os dados obtidos através do formulário de entrevista tiveram como propósito determinar o perfil socioeconômico, demográfico e informações quanto ao estilo de vida dos usuários em TARV. Desta maneira, dos 55 pacientes que responderam a entrevista no ato de dispensação dos medicamentos na farmácia ambulatorial, 20 (36,4%) e 35 (63,6%) correspondem

ao sexo masculino e feminino, respectivamente. Das mulheres que foram entrevistadas, 4 (11,43%) estavam em período gestacional como pode ser visto na tabela 1. A idade dos entrevistados, pertencendo a 2º fase do trabalho, variou de 19 a 65 anos com uma média igual 35 anos (DP = 9,47).

Gestantes	Frequência	
	FA	FR (%)
Sim	4	11,43
Não	31	88,57

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 1. Frequência de gestantes entrevistadas no ato de dispensação dos ARV.

Foi possível constatar que a média de idade do presente estudo corrobora com outros trabalhos (SOARES & MORAIS, 2014; SILVA et al., 2016), onde a média de idade é aproximadamente 35 anos e com uma concentração de 20-35 anos, assinalando, como em outras regiões do país, uma dominação de um perfil de adultos jovens infectados pelo vírus.

A representação dos sexos em outras pesquisas se diferencia do presente estudo, pois as porcentagens de homens geralmente se encontram maiores em relação as porcentagens de mulheres (SOARES & MORAES, 2014; SILVA et al., 2016). O perfil dos sexos dos pacientes entrevistados e de novos casos no presente trabalho prevalece mulher devido a proposta do SAE do HULW, onde têm como objetivo evitar a transmissão vertical das pacientes que se encontram em período gestacional e descobrem o diagnóstico, o que pode ter levado a maior incidência em mulheres, assim como aquelas que já são portadoras do vírus e engravidam, fazendo, desse modo, o acompanhamento antirretroviral após o parto. Esse fato torna característico que a relação entre os gêneros vem reduzindo com o tempo em decorrência da transição do perfil epidemiológico, resultando na feminização e heterossexualização da epidemia (BRITO; CASTILHO & SWARCWALD, 2000).

Quanto ao estado civil, foi possível notar um total de 30 (54,55%) indivíduos solteiros, como ilustrado no gráfico 3, onde se observa a maioria nesta condição, seguido de 12 (21,8%) casados e 10 (18,2%) outros, sendo declarado a união estável como mais frequente nesta porcentagem. A quantidade de solteiros se

encontra em maioria, em relação às outras opções, assim como observado por Abreu et al. (2016) e Brito et al. (2014), no qual apresentou uma porcentagem de 55,7% e 31,0%, respectivamente em seus estudos nesta categoria. Vale salientar que, em conformidade com Serra & Ross (2012), o aparecimento de coinfeção é mais frequente entres os solteiros, provavelmente, devido a promiscuidade e a falta de cuidado com a saúde, pois estes têm que cuidar sozinhos de si mesmo.

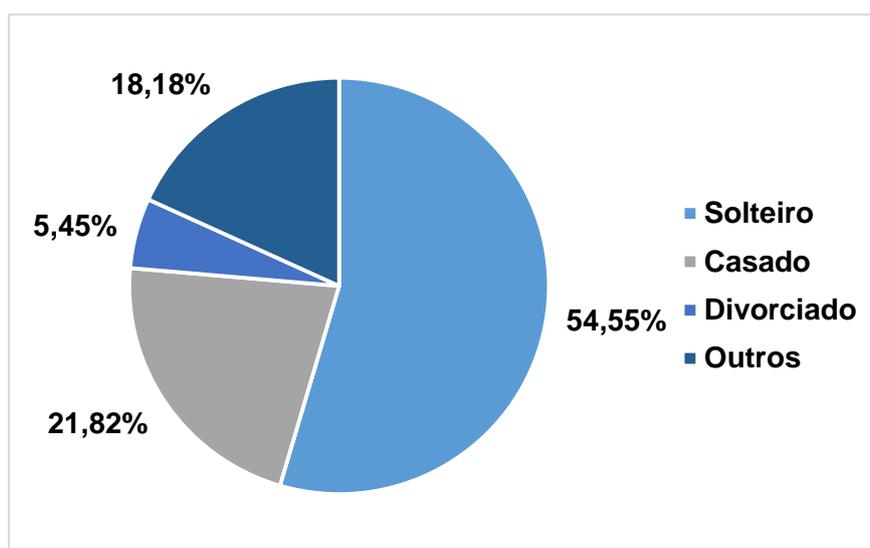


Gráfico 3. Porcentagem do estado civil dos pacientes entrevistados na UDM.

É possível perceber, em concordância com o gráfico 4, que o grau de escolaridade dos pacientes é bem mais expressivo no ensino médio completo e ensino fundamental incompleto, 19 (34,45%) e 15 (27,27%), respectivamente. No entanto, apenas 1 (1,82%) apresentou ter o fundamental completo, 7 (12,73%) ensino médio incompleto e superior completo e 6 (10,91%) iniciaram, mas não chegaram a concluir o ensino superior.

O grau de escolaridade tem sido apontado como um importante determinante na situação de saúde de um indivíduo, além de ser um indicador de condição socioeconômica dos casos da AIDS, pois a conscientização da enfermidade requer um nível satisfatório de escolaridade, uma vez que os grupos populacionais com maior grau de instrução têm maior acesso à informação,

métodos de prevenção e consciência do impacto positivo do tratamento (FONSECA et al., 2000; PIERRI & LAURENTI, 2012; SILVA et al, 2013).

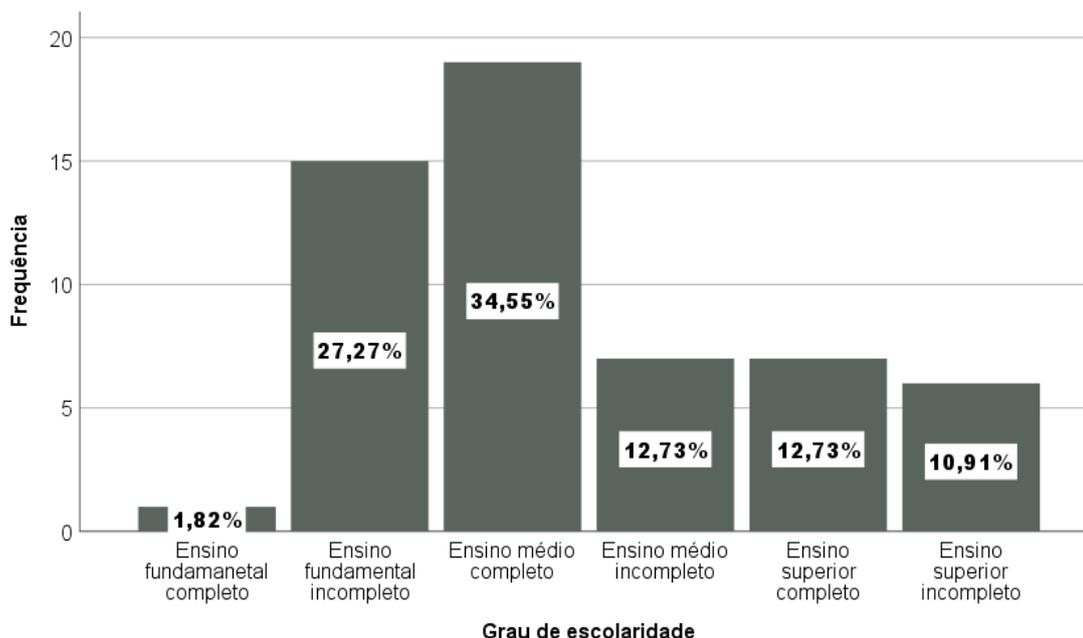


Gráfico 4. Frequência do grau de escolaridade dos pacientes entrevistados na UDM.

O ensino fundamental incompleto (27,27%) e o ensino médio completo (34,55%) são os mais encontrados entre os entrevistados no presente estudo, tendo um resultado similar ao encontrado por Brito et al. (2014), onde a maior parte dos pacientes se concentraram basicamente no ensino fundamental e médio e que apenas 9% haviam cursado o ensino superior, demonstrando a pauperização da epidemia no país a partir do ano 2000.

Quanto aos tipos de ocupação, foi possível observar que do total de 55 entrevistados, 18 (32,73%) pacientes se encontram empregados, onde, logo em seguida, 15 (27,27%) se enquadram como desempregados e que apenas 2 (3,6%) são estudante e incapaz fisicamente de trabalhar, conforme gráfico 5.

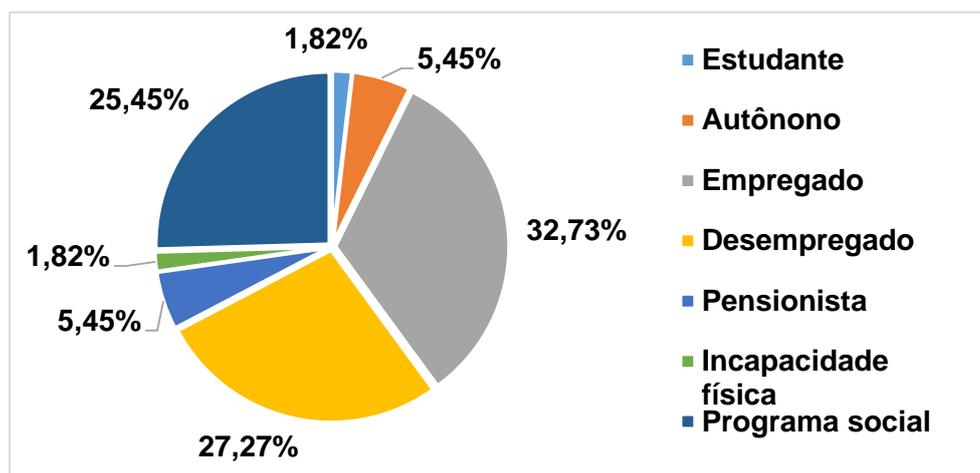


Gráfico 5. Porcentagem dos tipos de ocupação dos pacientes entrevistados na UDM.

A renda mensal dos pacientes que foram entrevistados e que fazem uso dos ARVs na UDM do HULW, varia de nenhuma renda até mais de 12 salários mínimos como pode ser visto na tabela 2, porém a maior concentração se encontra na categoria de até 1 salário mínimo (47,27%) e de 1 a 3 salários mínimos (29,1%).

Renda mensal dos pacientes entrevistados	Frequência	
	FA	FR (%)
Nenhuma renda	9	16,4
Até 1 salário mínimo	26	47,27
1 a 3 salários mínimos	16	29,1
3 a 6 salários mínimos	3	5,45
Mais de 12 salários mínimos	1	1,82

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 2. Renda mensal dos pacientes que fazem uso de ARV na UDM do HULW.

A prevalência de empregados (32,73%) também corrobora com Schuelter-Trevisol et al. (2013), onde também teve essa faixa de prevalência, apresentando 40,7% levantado em seu estudo. Esse resultado pode, eventualmente, ser associado ao cenário da renda mensal de cada participante que respondeu o questionário, em que a maioria (47,27%) possuem até 1 salário mínimo. A significativa quantidade de desempregados no perfil dos pacientes atendidos na UDM se deve a vários fatores relatados no ato da entrevista como, por exemplo,

possuir baixo grau de escolaridade, qualificação insuficiente, além de discriminação em ambiente de trabalho, sendo descrito por alguns participantes o fato de serem demitidos logo após descobertos por portar a condição sorológica positiva.

Esta situação, sem sombra de dúvidas, acompanha a circunstância de que a falta de dinheiro é o principal empecilho para os pacientes se deslocarem de suas casas até o hospital universitário, conforme tabela 3, onde observa-se as dificuldades mencionadas pelos pacientes para se deslocar até a unidade que recebem os medicamentos, porém, curiosamente, o maior número de entrevistados relatou não haver algum tipo de dificuldade em dirigir-se ao local que conseguem os ARVs, no entanto, a falta de dinheiro segue como o principal empecilho para se transportar.

Dificuldades de deslocamento	Frequência	
	FA	FR (%)
Não há	25	45,5
Tempo	5	9,1
Dinheiro	16	29,1
Distância	5	9,1
Acesso ao transporte	4	7,3

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 3. Frequência dos tipos de dificuldades que os pacientes relataram para deslocar-se até a UDM.

Consoante com o Gráfico 6, dentre os tipos de transporte utilizados pelos pacientes para o deslocamento de suas casas até a UDM, o ônibus coletivo foi o mais citado no ato da entrevista, correspondendo a 35 (63,3%) indivíduos que fazem uso desse tipo de transporte. Em seguida, a condução (10,9%) e carona ou alternativo (10,9%) apresentaram uma frequência de 6 para cada condução, moto 5 (9,1%) e transporte municipal 3 (5,5%), onde este último é referente ao transporte oferecido pela prefeitura do interior da Paraíba até a capital paraibana como alternativa para ter acesso ao serviço.

O número elevado de pessoas que utilizam o ônibus coletivo como meio de transporte para deslocamento é reflexo da quantidade de usuários que moram em zona urbana, onde 54 (98,18%), residem em bairros no município de João Pessoa ou nas cidades próximas a capital paraibana, como Santa Rita, Conde, Bayeux, e Alhandra. Apenas 1 (1,82%) reside em zona rural, no qual fica localizado no distrito da cidade de Rio Tinto.

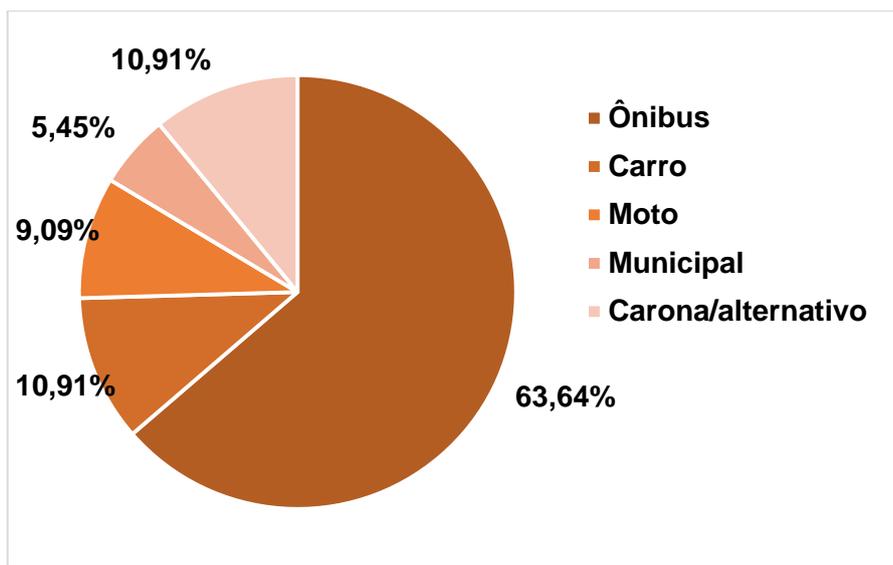


Gráfico 6. Porcentagem e tipos de transportes utilizados pelos pacientes para deslocamento até a UDM.

Quanto ao uso de drogas lícitas, 5 (9,1%) afirmaram ser usuário de cigarro seja todo dia ou poucos dias da semana e 50 (90,9%) não ser fumante, Cerca de 21 (38,2%) fazem uso de bebida alcoólica finais de semana ou esporadicamente e 34 (61,8%) nunca fizeram uso de álcool etílico ou parou após descobrirem o diagnóstico do HIV. Desse modo, a grande maioria afirmou não ser usuários das drogas citadas, fazendo com que haja elementos positivos ao não aparecimento de doenças relacionados a tais hábitos.

Sendo o álcool etílico um dos fatores que podem afetar a adesão ao tratamento medicamentoso, seja ele com antirretrovirais ou não, entre os usuários que responderam ingerir álcool, 16 (76,2%) afirmaram tomar os medicamentos normalmente mesmo que em horas fora do comum e 5 (23,8%) disseram não tomar os medicamentos nos dias que pretendem fazer o consumo de álcool

etílico, como pode ser visto no gráfico 7. As drogas ilícitas não foram investigadas no presente trabalho.

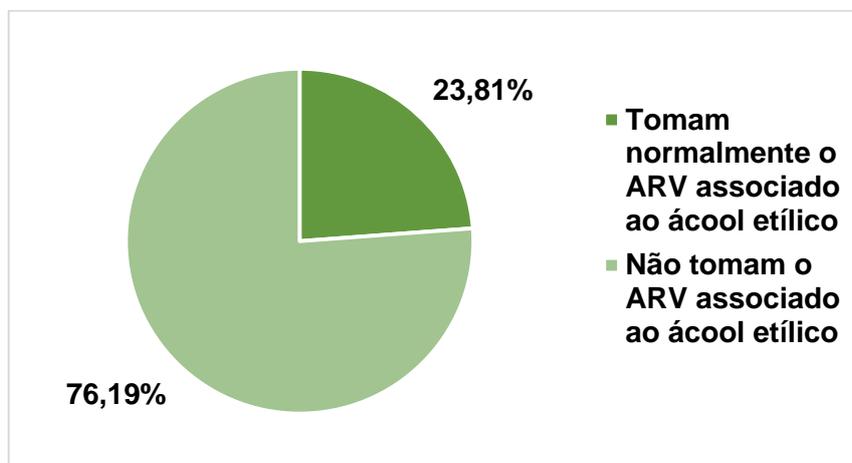


Gráfico 7. Porcentagem de pacientes que consomem álcool e tomam normalmente ou não o ARV.

A frequência de pacientes que relataram haver algum tipo de dificuldade em tomar os medicamentos pode ser constatada na Tabela 4, no qual as principais queixas se fazem presente no ato de deglutir os comprimidos em consequência de seus formatos ou tamanhos, além do fato de esquecer de tomar, não gostar ou, até mesmo, de ter que tomar escondido, pois as pessoas próximas não sabem da condição soro positiva do paciente.

Dificuldade em tomar os medicamentos	Frequência	
	FA	FR (%)
Sim	19	34,55
Não	36	65,45

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 4. Frequência de pacientes que apresentam alguma dificuldade em tomar os medicamentos.

O esquecimento em tomar os medicamentos, o formato e a deglutição dos comprimidos, dentre os 19 (34,55%) pacientes questionados, também pode ser encontrado como sendo uma realidade naqueles pacientes pesquisados por Blatt et al. (2009), em que uma parcela dos entrevistados declarou ter algum tipo de dificuldade quanto ao uso dos medicamentos, porém a maioria (49,3%) disse não haver alguma dificuldade, assim como no presente trabalho (65,45%).

A frequência de pacientes que já houveram motivos para abandonar o tratamento pode ser observada na tabela 5. Dentre os motivos relatados, o que mais merece destaque é o fato dos pacientes, em consequência da circunstância ao diagnóstico como portador do vírus, apresentarem instabilidade emocional, como depressão, ansiedade e transtorno bipolar. Podem ser citados, ainda, a instabilidade nos relacionamentos amorosos, como separações e brigas, deslocamento e acesso ao transporte como motivos para querer abandonar o uso dos medicamentos.

Já houve motivos para abandonar o tratamento	Frequência	
	FA	FR (%)
Sim	23	41,82
Não	32	58,18

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 5. Frequência de pacientes que já houve motivos para abandonar o tratamento.

Bonolo; Gomes & Guimarães (2007), em seu trabalho de revisão bibliográfica, encontrou a instabilidade emocional, além de acesso ao transporte para o deslocamento até ao serviço de saúde, como sendo uns dos fatores, de vários, para o abandono da terapia antirretroviral. Fato este também relatado por vários indivíduos (41,82%) na entrevista que afirmaram haver motivos para querer desistir do tratamento.

Diarreia, enjoo, tontura, dor de cabeça contínua, olhos exageradamente amarelados, insônia ou excesso de sono são as reações adversas mais presentes nos pacientes que foi relatado no ato da entrevista, tornando esses os motivos de mudança do esquema terapêutico, principalmente no início do tratamento. A tabela 6 traz a quantidade de pacientes que mencionaram já ter tido no início do tratamento ou ainda possuem reações adversas aos medicamentos antirretrovirais. Cerca de 24 (43,64%) disse nunca ter apresentado algum tipo de reação adversa.

Já apresentou ou apresenta reações adversas	Frequência	
	FA	FR (%)
Sim	31	56,36
Não	24	43,64

FA: Fator Absoluto; FR: Fator Relativo

Tabela 6. Frequência de pacientes que já apresentou ou apresenta reações adversas aos medicamentos.

O sucesso da terapia antirretroviral depende da manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, um fator fundamental para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico de pacientes infectados pelo HIV (RESENDE et al., 2012), porém as reações adversas aos medicamentos são consideradas um dos principais estimuladores de uma má adesão ao tratamento, onde 31 (56,36%) expressou ter tido, ou ainda ter, reações adversas ao antirretrovirais, sendo, consideravelmente, a maioria dos indivíduos que são assistidos na farmácia ambulatorial do HULW. Leite & Vasconcellos (2003) diz que o grande número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico estão associados à não adesão, além da vasta presença de efeitos adversos e que estão, na verdade, relacionados à decisão do paciente de mudar seu ritmo de vida ou aceitar certos desconfortos que os medicamentos podem trazer.

Durante toda a coleta de dados e entrevista, foi possível ser feito um estudo observacional em que é notável a presença do acompanhamento farmacêutico no ato de dispensação dos antirretrovirais para os enfermos, sendo imprescindível para uma melhor adesão ao tratamento. As orientações dadas quanto a importância do tratamento, ao uso correto dos medicamentos e ao cuidado segundo a condição soro positiva, de forma individualizada, são evidentes no local do estudo deste trabalho. Como já descrito por Pereira & Freitas (2008), o cuidado farmacêutico é um ato eficaz na diminuição de agravamentos de portadores de patologias crônicas, tendo uma redução na morbidade e, conseqüentemente, nos custos para o sistema de saúde.

Os profissionais farmacêuticos apresentam uma base para a instalação de confiança por parte dos pacientes, desse modo, tornando-os confortáveis em conversarem sobre suas vidas pessoais na farmácia. Para Santos & Paulino

(2001), o papel dos serviços de saúde é extremamente importante na adesão e, a disponibilidade de diálogo, a comunicação, a negociação por parte do serviço possibilitam uma relação aberta, já que a adesão é um caminho de várias vias. Os autores ainda afirmaram que nesse trabalho de acolhimento, atenção e respeito, o profissional pode garantir ao paciente o sentimento de vínculo e suporte, fundamentais para o processo de adesão.

6. CONCLUSÕES

Esta pesquisa possibilitou avaliar o perfil sociodemográfico e perfil de adesão dos pacientes usuários de medicamentos antirretrovirais dispensados na farmácia ambulatorial do HULW. Assim sendo, seus resultados estão de acordo com o perfil atual da epidemia de HIV/AIDS do Brasil, tendo em vista uma epidemia heterogênea com características observadas desde o ano 2000, onde há um aumento crescente de mulheres e jovens infectados, atingindo classes sociais mais baixa e desprovida de um bom grau de instrução. Desse modo, o país descreve um quadro de heterossexualização, feminização e pauperização da epidemia do HIV.

Diante do que foi visto durante toda a coleta de dados e da entrevista, a relação do farmacêutico com os pacientes amparados na UDM, possui uma forte influência quanto a adesão e humanização dos pacientes. Por esse motivo, torna-se preciso a atuação do farmacêutico no ato de dispensação dos medicamentos para devida orientação e atenção, deixando o paciente mais seguro e a vontade quanto a condição soro positiva. Este fato pode ser extremamente importante, pois a adesão ao tratamento reflete, significativamente, no número de morbidade e mortalidade, tendo consequência direta no quadro de epidemia da AIDS no país.

A maior incidência de novos casos apresentou-se nos meses de janeiro e maio, com prevalência de sexo feminino, havendo dois casos de transmissão vertical. Merece destaque o fato dos pacientes apresentarem bastante reações adversas, sendo um dos fatores que mais prejudica adesão ao tratamento, especialmente no início do tratamento.

Conclui-se que este trabalho alcançou seu objetivo, demonstrando a importância do levantamento dos dados coletados para que falhas sejam evitadas, resolvidas e que melhorias aconteçam no serviço, auxiliando no benefício dos pacientes ali assistidos.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunologia celular e molecular**. 8^o ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ABREU, S. R.; PEREIRA, B. M.; SILVA, N. M.; MOURA, L. R. P.; BRITO, C. M. S.; CÂMARA, J. T. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), Caixias-MA. **Revista Interdisciplinar**. v. 9, n. 4, p. 132-141, 2016.

BALESTIERI, FILOMENA MARIA PERRELLA. **Imunologia**. Barueri, SP: Editora Manole, 2006.

BARROS, S. G.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. especial 3, p. 114-128, 2017.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G.; MELLO, R. S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v, 42, n. 2, p. 131-136, 2009.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2016**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. 1^o edição. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 1^o edição. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de isco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. 1^o edição. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e hepatites virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. 2º edição. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e hepatites virais. **Boletim Epidemiológico: HIV e AIDS 2017**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/ Aids**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. 1º edição. Brasília,DF, 2008.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BRITO, F. G.; REZENDE, M. I. R. C.; MADI, R. R.; MELO, C. M. Perfil epidemiológico de portadores da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no estado de Sergipe, 2007-2012. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v.2, n. .2, p. 59 - 71. 2014.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 576-81, 2006.

CORDEIRO, I. D.; BACCARINI, R. B.; POSSAS, C. Cap. 1 Adesão no contexto da terapia antirretroviral no Brasil: políticas públicas e desafios. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR**, p.11-15, 2010.

FLEXNER, C. Agentes antirretrovirais e tratamento da infecção pelo HIV. In: BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNOLLMAN, B. C. (Ed.). **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. 12º ed. San Diego, CA: The McGraw-Hill Companies, 2012.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; CARMO, M. P. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 511 – 522, 2009.

GEOCZE, L.; MUCCI, S.; MARCO, M. A.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; CITERO, V. A. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 743-9, 2010.

GOMES, R. R. F. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 n.3, p. 495-506, 2009.

GROTTO, R. M. T.; PARDINI, M. I. M. C. Biologia molecular do HIV-1 e genética da resistência humana à AIDS. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 3, p. XX-XX, 2006.

HALLAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D.; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 53-65, 2010.

KUCHENBECKER, R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV? **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, n. 1, p. 26-42, 2015.

KUCHENBECKER, R. S.; SANDER, G. B.; FUNCHS, F. D.; Antivirais. In: FUNCHS, F. D.; WANNMACHER L. (Ed.). **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4º Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

LEITA, S. N.; VASCONSELLOS, M. P. C.; Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

NARCISO, A. M. S.; PAULINO, M. A. S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. **Serv. Soc. Rev.**, v. 4, n. 1, p. 27-43, 2001.

NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T. M. D.; BASSO, C. R.; CASTANHEIRA, E. R. L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M. T. S. S. B.; CARACIOLO, J. M. M.; SANTOS, M. A. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. **Rev. Saúde Pública** v. 47, n, 1, p. 137-46, 2013.

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; HELENA, E. T. S.; MELCHIOR, R.; CARACIOLOS, J. M.; BASSO, C. R.; ALVES, M. T. S.S. B.; ALENCAR, T. M. D.; FERRAZ, D. A.S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 55, n. 2 p. 207-12, 2009.

ONUBR. **UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/agencia/un aids/>> Acesso em: 15/03/2018.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, 2008.

PIERI, F. M.; LAURENTI, R. HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, p. 144-152, 2012.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M, F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1201-1208, 2010.

PORTAL DO BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016**. Brasil bate recorde de pessoas em tratamento contra o HIV e aids. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contra-o-hiv-e-aids> Acesso em: 07/10/2017.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 8º ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Livraria e Editora Revinter, 2005.

RANG, H. P.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. **RANG & DALE: farmacologia**. 8º edição; Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RESENDE, R. C.; PODESTA, M. H. M. C.; SOUZA, W. A.; BARROSO, T O.; VILA BOAS, O. M. G. C.; FERREIRA, E. B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, 2012.

ROMEU, G. A.; TAVARES, M. M.; CARMO, C. P.; MAGALHÃES, K. N.; NOBRE, A. C. L.; MATOS, V. C. Avaliação das adesão e terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v.3, n.1, p. 37-41, 2012.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde, 2006. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2369-2378, nov, 2006.

SANTOS, W. J.; DRUMOND, E. F.; GOMES, A. S.; CORRÊA, M. C.; FREIKTAS, M. I. F. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG, 2010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, nov-dez; v. 64, n. 6, p. 1028-37, 2011.

SCHIESARI JÚNIOR, A. Infecções oportunistas em portadores de HIV/AIDS da rede pública de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Dissertação de Mestrado** – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas, Faculdade de Medicina São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2010, p. 3.

SCHUELTER-TREVISOL, F.; PUCCI, P.; JUSTINO, A. Z.; PUCCI, N.; SILVA, A. C. B. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do estado de Santa Catarina, Brasil em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v, 22, n. 1, p. 87-94, 2013.

SCOPEL, C. T.; CHAVEZ, G. C. Iniciativas de enfrentamento da barreira patentária e a relação com o preço de medicamentos adquiridos pelo Sistema Único de Saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.11, 2016.

SERRA, L. C.; ROSS, J. R. Estudo clínico-epidemiológico da co-infecção tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 122-125, 2012.

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SILVA, R. A. R.; DUARTE, F. H. S.; NELSON, A. R. C. HOLANDA, J. R. R. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v. 7, n. 10, p.6039-8, out., 2013.

SOARES, F. N. S; MORAIS, M. T. M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de vitória da conquista. **Rev. Saúde Com.** v. 10, n. 1, p. 54-63, 2014.

UNAIDS. **90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic**. Geneva: UNAIDS,2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/Sites/Default/Files/Media_Asset/90-90-90_En_0.Pdf>. Acesso em: 18/11/2017.

UNAIDS. **Resumo informativo – Dia Mundial Contra a AIDS 2017**. Disponível em:https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf Acesso em: 30/03/2018.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

1º PARTE

1.1 Perfil Sociodemográfico:

Sexo: Masculino Feminino **Idade:** _____

Gestante: Sim Não

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Outros

Têm filhos? Se sim, quantos?

1 2 3 4 5 Acima de 5.

Onde mora?

Zona rural Zona Urbana Comunidade Indígena

Comunidade quilombola Outros

Qual das categorias seguinte você se enquadra?

- () Autônomo
- () Empregado
- () Desempregado
- () Pensionista
- () Desabilitado, incapaz de trabalhar
- () Programa Social

1.2 Nível de instrução:

Qual o seu grau de escolaridade?

- () Ensino fundamental completo
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino superior completo
- () Ensino superior incompleto

1.3 Condições Socioeconômicas:

1.3.1 Qual a sua renda mensal?

- () Nenhuma renda.
- () Até 1 salário mínimo (até R\$ 965,00).
- () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 965,00 até R\$ 2.895,00).
- () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.895,00 até R\$ 5.790,00).
- () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.790,00 até R\$ 8.685,00).
- () De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8.685,00 até R\$ 11.580,00).
- () Mais de 12 salários mínimos (mais de R\$ 11.580,00)

2º PARTE (DESLOCAMENTO)

Onde mora? _____

Qual o meio de transporte?

Qual a principal dificuldade para se deslocar ao local onde recebe os medicamentos?

3º PARTE (FATORES QUE AFETAM A ADESÃO)

É fumante? Sim Não

Faz uso de bebida alcóolica? Sim Não

Existe alguma dificuldade em tomar os medicamentos?

Sim Não

Se sim, qual a sua dificuldade?

Já houve motivos para abandonar o tratamento?

Sim Não

Se sim, qual o motivo?

Existem outros fatores que dificultam o recebimento ou o uso do medicamento?

Sim Não

Se a resposta anterior foi sim, quais outros fatores dificultam?
