



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA

LUANA KARINA FARIAS NUNES
MARION AMÉLIE OSTORERO DE SOUSA TRAJANO

AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DA
UNIFAP

Macapá
2022

**LUANA KARINA FARIAS NUNES
MARION AMÉLIE OSTORERO DE SOUSA TRAJANO**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DA
UNIFAP**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de farmácia da Universidade Federal do Amapá, como parte dos requisitos da disciplina de TCC.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mayara Amoras Teles
Fujishima
Co-orientador : Klysmann Santos Ribeiro

Macapá
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central/UNIFAP-Macapá-AP
Elaborado por Mário das Graças Carvalho Lima Júnior – CRB-2 / 1451

N972 Nunes, Luana Karina Farias.

Avaliação do perfil clínico e epidemiológico de pessoas que vivem com HIV atendidas na policlínica da UNIFAP / Luana Karina Farias Nunes, Marion Amélie Ostorero de Sousa Trajano. - Macapá, 2023.

1 recurso eletrônico. 63 folhas.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Farmácia, Macapá, 2023.

Orientadora: Mayara Amoras Teles Fujishima.

Modo de acesso: World Wide Web.

Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).

1. Amapá. 2. Atenção básica. 3. PVHIV. I. Fujishima, Mayara Amoras Teles, orientadora. II. Universidade Federal do Amapá. III. Título.

CDD 23. ed. – 615

**LUANA KARINA FARIAS NUNES E MARION AMÉLIE OSTORERO DE SOUSA
TRAJANO**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DA UNIFAP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Farmácia da Universidade Federal
do Amapá, como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Data de Aprovação: 18/04/2023

Documento assinado digitalmente



MAYARA AMORAS TELES FUJISHIMA

Data: 08/05/2023 11:46:42-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador: Prof.^a Dr.^a Mayara Amoras Teles Fujishima – UNIFAP

Documento assinado digitalmente



FABIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data: 08/05/2023 12:04:19-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Avaliador: Prof. Dr. Fábio Rodrigues de Oliveira - UNIFAP

Documento assinado digitalmente



CAROLINA MIRANDA DE SOUSA LIMA

Data: 07/05/2023 10:58:26-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Avaliador: Prof.^a Dr.^a Carolina Miranda de Sousa Lima - UNIFAP

RESUMO

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é considerada um problema de saúde pública desde o início da epidemia até os dias atuais, e está relacionado a múltiplos fatores clínicos e epidemiológicos. São evidentes as mudanças globais em relação ao controle da propagação do Vírus da imunodeficiência humana (HIV). O conhecimento das transformações nos perfis epidemiológicos e clínicos são fundamentais para traçar metas específicas, objetivando a melhoria na qualidade dos atendimentos, condutas dos profissionais da saúde, ações de prevenção e promoção à saúde e no controle da saúde do coletiva. Através deste estudo, temos como objetivo analisar e descrever o perfil clínico e epidemiológico de pessoas que vivem com HIV atendidas na policlínica da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado na policlínica da unidade básica de saúde da universidade federal do Amapá, referente ao período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023. Neste trabalho, evidencia-se um perfil epidemiológico de pessoas do sexo masculino, pardas, homossexuais residentes em Macapá com idade variada de 18 a 40 anos e com ensino médio completo. As PVHIV atendidas na policlínica têm um perfil clínico que apresenta poucos casos de AIDS e sem infecções oportunistas, porém, com comorbidades infecciosas e RAMs. A TARV mostrou ter resultados relevantes sobre os parâmetros clínicos dos pacientes. As PVHIV atendidos na Policlínicas tem a maioria das características epidemiológicas comparadas a literatura e seu perfil clínico mostra um indicativo de que a adesão a TARV é efetiva nos pacientes atendidos na unidade.

Palavras- chave: Amapá. Atenção básica. PVHIV.

ABSTRACT

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) has been considered a public health problem since the beginning of the epidemic and is related to multiple clinical and epidemiological factors. Global changes related to controlling the spread of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) are evident. The knowledge of transformations in epidemiological and clinical profiles is essential to set specific goals, aiming to improve the quality of care, health professionals' conduct, prevention and health promotion actions and control of collective health. Through this study, we aim to analyze and describe the clinical and epidemiological profile of people living with HIV treated at the polyclinic of the Federal University of Amapá (UNIFAP). This is a cross-sectional descriptive study carried out at the polyclinic of the basic health unit of the Federal University of Amapá, referring to the period from January 2022 to January 2023. In this study, an epidemiological profile of male, brown, homosexual people residing in Macapá aged between 18 and 40 years and with complete secondary education is evidenced. The people living with HIV (PLHIV) attended at the polyclinic have a clinical profile that shows few cases of AIDS and no opportunistic infections, however, with infectious comorbidities and adverse drug reaction (ADRs). Antiretroviral therapy (ART) showed relevant results on the clinical parameters of patients. The PLHIV attended at the polyclinic have most of the epidemiological characteristics compared to the literature, and their clinical profile shows an indication that adherence to ART is effective in the patients seen at the unit.

Key Words: Amapá. Basic care. PLWHA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ordem cronológica dos desenvolvimentos de programas e legislações para combater HIV/AIDS	16
Figura 2	Estrutura do Vírus HIV.....	19
Figura 3	Subclasse dos ARV e seus mecanismos de ação	25
Figura 4	Esquema de TARV inicial preferencial para adultos	26

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Sexo e idade das PVHIV atendidos na policlínica da UNIFAP	31
Tabela 2	Dados sociodemográficos dos pacientes que vivem com HIV que são atendidos na policlínica da UNIFAP	32
Tabela 3	Dados dos comportamentos sexuais das PVHIV atendidas na policlínica.....	35
Tabela 4	Dados comportamentais da população estudada.....	36
Tabela 5	Dados de Saúde do grupo estudado de PVHIV atendidos na policlínica	37
Tabela 6	Principais RAMs relatadas pelos pacientes.....	38
Tabela 7	Medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo	40
Tabela 8	Variáveis clínicas dos pacientes atendidos na policlínica da UNIFAP	41
Gráfico 1	Dados da escolaridade dos pacientes estudados.....	33
Gráfico 2	Dados autodeclaradas etnias/raça da população estudada.....	34
Gráfico 3	Comorbidades do grupo estudado de PVHIV atendidos na policlínica.....	41
Gráfico 4	1º Carga viral das pessoas que vivem com HIV atendidos na policlínica.....	42
Gráfico 5	2º Carga viral dos pacientes que vivem com HIV atendidos na policlínica.....	43
Gráfico 6	Correlação do 1º e 2º exame de CV dos pacientes atendidos na policlínica.....	44
Gráfico 7	1º CD4 das pessoas que vivem com HIV atendidos na policlínica.....	45
Gráfico 8	2º CD4 dos pacientes que vivem com HIV atendidos na policlínica	46
Gráfico 9	Correlação do 1º e 2º exame de CD4 dos pacientes atendidos na policlínica.....	47
Gráfico 10	Correlação do 1º e 2º exame da correlação CD4/CD8 das PVHIV atendidas na policlínica da UNIFAP.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês)
ARV	Antirretrovirais
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
CD8	Linfócitos T-CD8
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LT-CD+4	Linfócitos T-CD4
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNDST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/aids
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UAT	Unidade de Assistência de Tratamento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.....	14
3.2	PROGRAMA HIV/AIDS NO BRASIL	16
3.3	O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	18
3.4	HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS	20
3.4.1	CONTROLADORES DE ELITE	21
3.5	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	22
3.6	TERAPIA ANTIRRETROVIAL (TARV).....	24
4	MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1	DESENHO DO ESTUDO	28
4.2	ÁREA DE ESTUDO	28
4.3	AMOSTRA DO ESTUDO	28
4.3.1	Critério de exclusão	28
4.3.2	Coleta de Dados	28
4.3.3	Vieses de pesquisa	29
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4.5	RISCOS	29
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
5	RESULTADOS	31
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	31
5.2	CARACTERIZAÇÃO COMPORTAMENTAL.....	34
5.3	CARACTERIZAÇÃO TERAPÊUTICA	36
5.4	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	40
5.4.1	Carga viral	42
5.4.2	Linfócitos T CD4+	44
5.4.3	Correlação CD4/CD8	47
6	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	51

APÊNDICE 1 56
ANEXO 1 59
ANEXO 2 61

1 INTRODUÇÃO

Estatísticas globais mostram que desde o início da epidemia, há 42 anos atrás, cerca de 79,3 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus da imunodeficiência humana e que aproximadamente 36,3 milhões dessas pessoas (45,7%) morreram de doenças relacionadas a Síndrome da imunodeficiência adquirida, estima-se que atualmente existem 37,9 milhões de pessoas que vivem com a HIV (PVHIV) sendo 1,7 milhões de casos novos anualmente (UNAIDS, 2020; OMS, 2016).

No Brasil, as estimativas de prevalência de infecção pelo HIV desde o início das notificações em 2007, por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), foram de 381.793 casos de infecção pelo vírus (2007 a 2021). Em 2020, foram registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 10.417 óbitos por causa básica de Aids, com uma taxa de mortalidade de 4,0 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 30,6% entre 2014 e 2020 (BRASIL, 2021).

O HIV é um vírus RNA da família *Retroviridae*, que se replica pela transcrição de seu material genético em molécula de DNA que, por sua vez, se integra ao DNA da célula hospedeira (JANEWAY, 2010). A Aids é uma doença originada pela infecção com HIV e caracteriza-se por uma profunda imunossupressão, associada a infecções oportunistas e tumores malignos, emaciação e degeneração do Sistema Nervoso Central (ABBAS, 2015).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) alterou o perfil de mortalidade das PVHIV desde 1996, ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a distribuir gratuitamente a TARV, elevando o Brasil ao status de país modelo no controle do HIV. Destacando-se ainda a descentralização do atendimento, que propicia um diagnóstico rápido e oportuno e o tratamento das infecções oportunistas, que interferem de forma positiva na sobrevivência dos pacientes (PASCHOAL et al., 2014).

Portando, a morbimortalidade do agravamento está diretamente associada à imunodeficiência do paciente, em consequência da não adesão ou abandono da TARV se tornando uma das causas mais frequentes da falha do tratamento terapêutico, ocorrência de resistência viral, e consequentemente reduzindo a qualidade de vida das PVHIV, bem como, aumentando a disseminação do vírus e aumentando os custos com os cuidados ocasionados por complicações da síndrome (SOUZA et al., 2019).

Neste sentido, o tratamento antirretroviral tem como principal objetivo o controle da doença e, portanto, faz parte do componente estratégico da Assistência Farmacêutica cuja as recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria

da qualidade de vida das PVHIV estão estabelecidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). No estado do Amapá, recentemente, o atendimento desses pacientes foi descentralizado para atenção básica, sendo a POLICLÍNICA da UNIFAP a primeira unidade básica de saúde a ofertar o serviço de dispensação da TARV e acompanhamento farmacoterapêutico da PVHIV.

Diante da complexidade do manejo desses pacientes e das terapias antirretrovirais, a avaliação de variáveis para conhecer os perfis epidemiológicos e clínicos dos acometidos por este agravo podem auxiliar os profissionais de saúde nas tomadas de decisão clínicas e fornecer indicadores para a avaliação da qualidade do serviço, bem como, do programa HIV/AIDS na unidade. Dessa forma, o objetivo desse estudo será analisar o perfil epidemiológico e clínico dos casos de HIV/Aids atendidos no primeiro ano de implantação do serviço de atendimento de PVHIV na unidade POLICLÍNICA da UNIFAP.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o perfil clínico e epidemiológico de pessoas que vivem com HIV (PVHIV) atendidos na policlínica da UNIFAP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico das PVHIV atendidos na policlínica da UNIFAP.
- Analisar o perfil clínico das pessoas que vivem com HIV atendidos na policlínica da UNIFAP.
- Avaliar as prescrições farmacológicas das PVHIV atendidos na policlínica da UNIFAP.
- Descrever e Avaliar Reações Adversas a Medicamentos (RAM) das PVHIV atendidos na policlínica da UNIFAP.
- Descrever e avaliar os Problemas Relacionados a medicamentos (PRM) dos pacientes que vivem com HIV atendidos na policlínica da UNIFAP.
- Descrever e avaliar as intervenções farmacêuticas realizadas nesses pacientes.
- Avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais baseados em critérios clínicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

O aparecimento dos primeiros casos da AIDS surgiu no ano de 1980 nos EUA e, simultaneamente, foram identificados alguns casos na Europa e África (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015). Os grupos de pessoas acometidos eram adultos, homens adultos e homossexuais masculinos com infecção de pneumonia por *Pneumocistis carinii*, contudo ao passar dos anos, a descrição da doença estabeleceu rotas de transmissão sem caracterizar o agente etiológico e por isso, o estigma de manifestar apenas em homossexuais foi descartado, sendo diagnosticada em pacientes mulheres, recém-nascidos e indivíduos que receberam transfusão de sangue.

Após a identificação do agente etiológico, denominado vírus da imunodeficiência humana- HIV, no ano de 1983, e o surgimento dos primeiros testes diagnósticos permitiu identificar e caracterizar a população acometida, estabelecendo na década de 80 um estereótipo para os portadores.

Neste período, nos Estados Unidos, África e Europa ocidental, o estereótipo inicial era de homossexual masculinos jovens, e por conta disso, sugeriu que a transmissão era por contato sexual entre homens (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015). Posteriormente, na Europa Ocidental, América do Norte, América do Sul, Austrália e Nova Zelândia, ocorreu o reconhecimento de transmissão em adultos usuários de drogas ilícitas injetáveis (SOUTO, 2003). Em 1982, foi conferido casos relatados em hemofílicos e pessoas que receberam transfusão de sangue, já em 1983, foi descoberto casos de mulheres infectadas pelo HIV por transmissão sexual (CANADIAN AIDS TREATMENT INFORMATION EXCHANGE, 2021).

Em 2020, aproximadamente, 37,7 milhões de pessoas no mundo inteiro estavam vivendo com HIV, dentre eles: 35,9 milhões de pessoas adultas e 1,7 milhões de crianças até 14 anos. Por volta de 84% das pessoas portadoras do HIV sabiam que estavam vivendo com a doença e cerca de 6 milhões de pessoas não conheciam seu status sorológico para HIV. De todas as pessoas que estavam vivendo com HIV, 73% tinham acesso ao tratamento e 84% das mulheres grávidas vivendo com HIV teriam acesso a medicamentos antirretrovirais (UNAIDS, 2021).

No início da epidemia no Brasil, em meados de 1984, 71% dos casos notificados eram os homossexuais e bissexuais masculinos que foram os grupos intensamente atingidos. Na categoria transfusões sanguíneas, os hemofílicos e os indivíduos que recebem transfusão de sangue, ocuparam também uma posição de destaque, representando 62% dos casos seguidos pelos casos de usuários de drogas ilícitas injetáveis que representaram 37% desta categoria (BRITO et al., 2001). Com decorrer dos anos, em 1985, foi descrito o primeiro caso de transmissão vertical, da gestante para o bebê, e subsequente, notificaram-se os primeiros casos de AIDS em crianças (BRASIL, 2018).

O segmento populacional na epidemia do Brasil vem sofrendo transformações com o passar dos anos por conta da propagação da infecção pelo HIV no país, assim revelando um estereótipo de múltiplas dimensões (BRITO et al., 2001).

De acordo com Szwarcwald et al. (2000) a disseminação da infecção no Brasil, começou a se descentralizar dos grupos de vulnerabilidade e abranger um conjunto amplo de pessoas caracterizadas até então como baixo risco. Esse grupo compõe-se de pessoas com acesso restrito a cuidados de saúde, políticas de promoção social e comunitária, baixo nível de educação formal, baixa renda salarial e desigualdade de gênero. Por fim, também inclui a falta de recursos para adquirir preservativos e seringas estéreis.

Entre 2007 a junho de 2021 no Brasil, 40,8% dos casos de HIV registrados ocorreram em pessoas pardas, 39,4 em brancos e 10,9% em pretos. Em relação ao sexo, 69,8% ocorreram em homens e 30,2% ocorreram em mulheres. Observa-se também maior número de casos de HIV na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos (BRASIL, 2021).

Já a distribuição geográfica proporcional dos casos de HIV mostra concentração nas regiões Sudeste, com 43,3% dos casos, na região Nordeste, com 19,8% dos casos, na região Sul, com 19,7% dos casos e as regiões Norte e Centro-Oeste correspondem a 9,5% e 7,7%, respectivamente. Essa informação indica a tendência de concentração dos casos em regiões metropolitanas e municípios com mais de 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

Atualmente, a AIDS atinge uma magnitude global, sendo relatada em mais de 190 países no mundo. Na África e na Ásia, os casos de pessoas infectadas com HIV são marcantes e estão em expansão, onde, mundialmente, por volta de 33 milhões de pessoas estão vivendo com o HIV, sendo que destas, 65% estão na África e por volta de 20% na Ásia. Nos Estados Unidos, foi relatado em torno de um milhão de casos no ano de 2006, sendo a segunda causa da taxa de mortalidade entre homens e a terceira entre mulheres em uma faixa etária de 25 a 44 anos (ROBBINS; CARTON, 2010).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem atingido aproximadamente 36,8 mil novos casos nos últimos cinco anos, em contrapartida o número anual de casos diminuiu no período de 2013 a 2020, porém no ano da pandemia ocorreu aumento de subnotificação em todas as regiões e unidades da federação por conta da sobrecarga dos serviços de saúde na pandemia da Covid-19. Entre 1980 até junho de 2021, a distribuição proporcional dos casos de AIDS, mostra concentração nas regiões Sudeste, com 50,6% e na região Sul, com 19,8%, já as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,5%, 6,9% e 6,2% do total de casos, respectivamente (BRASIL, 2021).

3.2 PROGRAMA HIV/AIDS NO BRASIL

Figura 1 – Ordem cronológica dos desenvolvimentos de programas e legislações para combater HIV/AIDS.



Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, entre os anos de 1983 e 1985 promoveram reuniões técnicas culminando com a criação, em 1986, do Programa Especial de AIDS e Programa Global de AIDS, os quais tiveram grande importância relacionadas às políticas públicas em todo continente latino-americano, incluindo o fomento técnico e financeiro para a instituição do Programa Nacional Brasileiro a partir de 1987 (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

O crescente número de casos, agravamento dos pacientes além das consequências sociais e econômicas resultou na Portaria nº236, do Ministério da saúde, de 2 de maio de 1985, no qual estabelecesse as diretrizes para um programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Após uma série de medidas que tiveram por objetivo a criação da Comissão de Assessoramento em Aids, atual Comissão Nacional de Aids–CNAIDS, e da Portaria Ministerial nº 542/86 que estabelece que a aids passa a ser uma doença de notificação compulsória, em 1988 é finalmente criado o Programa Nacional de Aids, no âmbito do Ministério da Saúde, que vinha atender às crescentes necessidades das instituições já envolvidas no processo desde a identificação da doença no Brasil (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Em 1988 impulsionado pelos movimentos sociais, como a criação do Sistema único de Saúde e Organizações não governamentais, o governo cria o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, desempenhando importante papel no combate às doenças garantindo a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado em provê-la.

Após uma série de medidas, de acordo com a Portaria Nº 1271, de 6 de junho de 2014, estabelece que a aids é uma doença de notificação compulsória, no qual se fez necessário desenvolver mudanças e adaptações do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/aids (PNDST/aids), onde envolve programas direcionados à prevenção e atenção a pessoas que vivem com HIV/aids (ADRIANO, 2011).

Através da introdução de antirretrovirais, se obteve um aumento significativo de sobrevivência e melhoria da qualidade de vida dos portadores de HIV/aids, com isso foram implementadas várias diretrizes que englobam uma ampla atuação relacionada à promoção, prevenção e tratamento. Assim em 1996 foi implementada a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, onde garante a distribuição gratuita e o acesso universal aos medicamentos para o tratamento da aids através do SUS, tendo o Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral como responsável pela seleção e distribuição dos medicamentos (BRASIL, 2017).

Um dos programas voltados para desenvolvimento de melhoria para pacientes HIV, é a Unidade de Assistência de Tratamento (UAT) no qual faz parte da estrutura do PNDST/aids, seu papel consta em definir as diretrizes técnicas para o tratamento das DST, HIV e complicações, bem como desenvolve estratégias para melhoria da adesão do tratamento, fazendo a gestão da Assistência farmacêutica e desenvolve estratégias visando a assistência para gestantes portadoras do HIV/aids (ADRIANO, 2011).

Dentre outros programas prevenção HIV, de acordo com “Diretrizes para Organização do Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Âmbito da Prevenção

Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde” os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) que tem como objetivo fazer testagem para a população em geral, no qual se fez de extrema importância para promoção e redução de casos de HIV, que após 2 anos passou a ser conhecido como CTA obtido como referência principal para os demais serviços da Atenção Básica, bem como ações de prevenção combinada do HIV, entre outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), auxiliando em um importante papel para ampliação do acesso a populações com maior vulnerabilidade como (travestis, mulheres trans, trabalhadoras do sexo, gays e usuários de drogas) estabelecendo uma melhoria na redução de risco de infecções na população (BRASIL, 2017).

Para complementar a contribuição na redução da incidência de exposição ao HIV/AIDS, foram elaboradas pelo Ministério da Saúde, estratégias a serem aplicadas em diversos públicos de acordo com as necessidades específicas, bem como também a fim de melhorar a qualidade de vida de pessoas que vivem com aids.

Com isso, o acesso universal ao tratamento e à prevenção da infecção pelo HIV assegura um tratamento medicamentoso gratuito, nos quais os antirretrovirais (ARV) são mais utilizados na prevenção ao HIV, através de estratégias como de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) implementada no Brasil em 2004 para profissionais de saúde, que consiste na administração de duas medicações em até 72h no período de 28 dias em pessoas que foram expostas ao risco da infecção.

No entanto a partir de 2010 passou a ser adotada como estratégia para população vulnerável a infecção, onde a Portaria MS-SCTIE nº34, de 22 de julho de 2015, desenvolveu o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de PEP, reorganizando a rede de serviços para todos tipos de exposição ao HIV, no qual foi implementado e ampliado no SUS. E a estratégia de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, está relacionada a um método novo de prevenção à infecção pelo HIV, onde de acordo com o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição” (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, o tratamento consiste na tomada diária do medicamento o que leva a uma preparação do indivíduo ao possível contato com o Vírus do HIV (BRASIL, 2016).

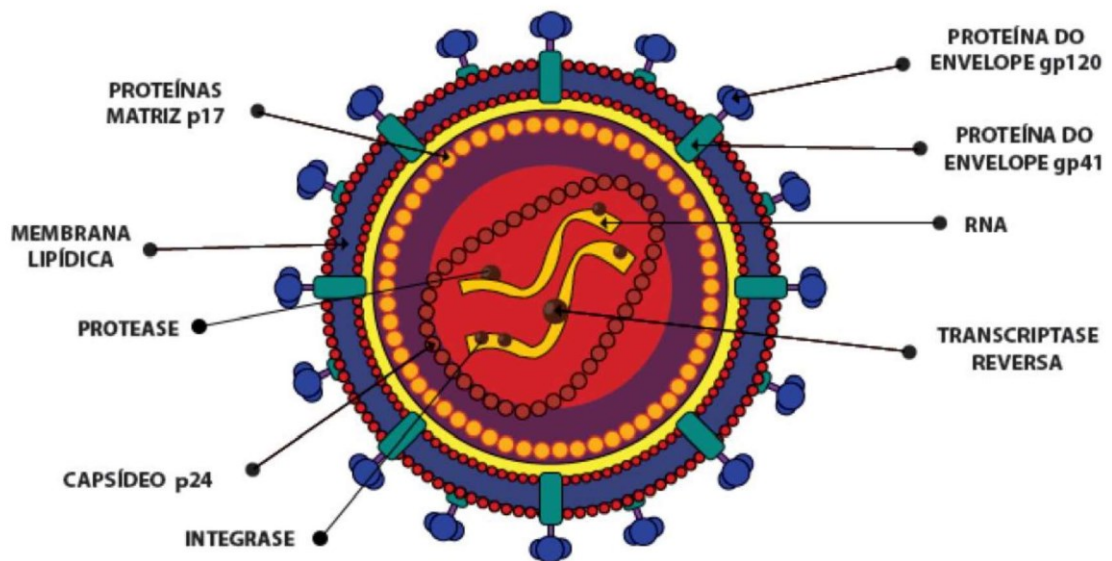
3.3 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

O HIV é o vírus da imunodeficiência humana que pode causar a AIDS, pertence à família de retrovírus humanos e ao gênero lentivirus. O vírus tem uma evolução lenta, mas é capaz de causar infecções persistentes produzindo degeneração pertinaz do sistema imune

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Existem dois tipos de antígenos diferenciados geneticamente, o HIV-1 e HIV-2, sendo o HIV-1 com potencial de maior virulência e com mais disseminação pelo mundo e o HIV-2 é menos patogênico (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015).

O HIV apresenta uma camada externa chamada de envelope que contém lipídios e dois tipos de proteínas, a mais interna é denominada de glicoproteína 41 (gp41) e a mais externa é a glicoproteína 120 (gp120). A gp120 é responsável pela ligação do vírus com as células hospedeiras e é ligada a gp41 que atravessa o envelope viral. Dentro do envelope contém uma estrutura proteica constituída pela proteína 17 (p17) e a estrutura seguinte é o capsídeo viral que é constituída pela proteína 24 (p24) que envolve o seu material genético que é constituído por 2 cópias de RNA de fita simples e três enzimas virais que são a transcriptase reversa, integrase e a protease (BRASIL, 2014).

Figura 2 – Estrutura do Vírus HIV.



Fonte: BRASIL (2014, p 6).

A infecção pelo HIV ocorre principalmente através de fluidos corporais como sangue, sêmen, secreção vaginal, leite materno e durante o parto, como também através da placenta. Por conta disso, são descritas três vias de transmissão: sexual, parenteral e perinatal. A transmissão sexual é responsável por mais de 75% dos casos de transmissão do HIV, onde a maioria dos casos de transmissão ocorre entre homossexuais. Já a transmissão parenteral ocorre em usuários de drogas intravenosa, hemofílicos e receptores aleatórios de transfusão de sangue.

Por fim, tem a transmissão de mãe para filhos que é a principal causa de AIDS pediátrica (ROBBINS; CARTON, 2010).

O HIV ataca as células de defesa do organismo, principalmente os linfócitos T CD4 +, as quais são responsáveis pela resposta imunológica contra infecções. Na infecção aguda inicial o patógeno aparenta estar sendo controlado pelo sistema imunológico, após esse período o paciente inicia o período de latência que consiste na fase onde não apresentam sintomas, mas ocorre replicações persistentes e conseqüentemente leva a uma perda gradual da imunocompetência, até que os pacientes tenham poucas células específicas de defesa. Essa fase pode ocorrer entre 6 a 20 anos ou mais. Essa diminuição de células causa uma suscetibilidade permitindo infecções de organismos, que não são normalmente patogênicos, assim ocasionando a AIDS (JANEWAY, 2010).

3.4 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

A doença pelo HIV tem diferentes fases sequenciais da infecção que se inicia no momento da transmissão até a fase de infecção crônica estável, tanto do ponto de vista clínico quanto do celular (TRIGO; COSTA, 2016). As manifestações clínicas subseqüente da infecção ocorre de acordo com a fase em que a PVHIV se encontra, sendo inicialmente uma síndrome retroviral aguda, após isso uma fase média crônica onde grande parte dos indivíduos são assintomáticos e põr fim a fase AIDS clínica (ROBBINS; CARTON, 2010). O tempo médio entre o contágio e o aparecimento da AIDS em indivíduos não tratados, estima-se que estejam em torno de 10 anos (BRASIL, 2018).

A infecção aguda inicial ou síndrome retroviral aguda ocorre logo após a exposição do HIV, onde as manifestações clínicas, que é determinada principalmente pela doença transitória sintomática, se desenvolve em 50 a 90% das PVHIV (MEDICINANET, 2009). Nesse início da doença ocorre uma intensa replicação viral nos tecidos linfoides das mucosas, assim gerando uma abundância de carga viral plasmática (viremia) e conseqüentemente, uma queda transitória de Linfócitos T-CD4+ (LT-CD+4) (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015. ROBBINS; CARTON, 2010). Seguidamente, ocorre uma resposta imune citotóxica específica diminuindo os níveis virais do plasma, que atingem uma quantidade máxima assim ocorrendo a soroconversão e logo depois ocorre um declínio assim ocorrendo novamente uma queda da contagem de LT-CD+4 (CAHN; KROLEWIECKI, 2006).

As características clínicas da fase aguda consistem no aparecimento de febre, mialgias, cefaleias, odinofagia, adenomegalias, exantema morbiliforme no tronco e membros superiores

e linfadenopatia, essas manifestações surgem em média de 2 a 4 semanas após a exposição e com duração de 2 semanas (TRIGO; COSTA, 2016). Nessa fase, a PVHIV está altamente infectante (BRASIL, 2018).

Na fase de latência persiste a replicação viral, assim continuando a destruição e queda gradual da função das células TCD+4, com isso, os hospedeiros acabam tendo declínio constante de LT-CD+4 residuais. Simultaneamente com o declínio dos linfócitos TCD+4, ocorre o enfraquecimento das defesas dos indivíduos (ROBBINS; CARTON, 2010). Nesta fase com exceção da linfadenopatia, o indivíduo normalmente apresenta um exame físico normal e pode ocorrer o desenvolvimento de infecções oportunistas menores, como a herpes-zoster, candidíase oral que foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (BRASIL, 2018).

A AIDS é a fase final da infecção pelo HIV e é caracterizada pelos LT-CD+4 circulantes abaixo da marca de 200 cels/mm³, isso ocorre normalmente após aproximadamente 10 anos de evolução e sem tratamento (AVETTAND-FENOEL; CHARPENTIER; VISSEAU, 2017). O déficit de células da defesa imunológica abaixo de uma quantidade, abre oportunidade para infecções oportunistas (CAHN; KROLEWIECKI, 2006). As infecções mais comuns são a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Neoplásicas, como a sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. O HIV pode também causar doenças por dano direto a órgãos ou por processos inflamatórios, como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

3.4.1 CONTROLADORES DE ELITE

São caracterizados “controladores de elite” indivíduos que são capazes de suprimir a replicação do HIV, no qual os níveis de carga viral permanecem indetectáveis na ausência de ART. Estes indivíduos foram considerados “virgens” pois não fizeram o uso de TARV, infectados com HIV por mais de 12 meses com pelo menos três determinações longitudinais de RNA HIV (SABIN; LUNDGREN, 2013).

A infecção não progride nestes indivíduos, nos quais os níveis permanecem estáveis de linfócitos T-CD4, alvos primários do HIV e os níveis virais que são indetectáveis pelos meios convencionais sem tratamento.

Através desta capacidade alguns estudos têm um enfoque maior relacionado a replicação viral e a manutenção dos níveis de LT-CD4 nos quais podem fornecer informações dinâmicas sobre vírus-hospedeiro e descobrir um novo alvo importante para um fármaco ou vacina.

Contando com uma grande potencialidade no estudo investigativo sobre os mecanismos destes controladores de elite.

Segundo estudos epidemiológicos realizados nos EUA e França, são representados em aproximadamente 1% dos infectados. Onde o Consórcio Internacional de Controladores do HIV, os definem como indivíduos que têm 3 ou mais determinações de carga viral <50 cópias/mL, medidas com o mínimo de 1 ano de intervalo, e entre eles, doentes que não faziam TARV em pelo menos 1 ano, são pacientes que não apresentam sintomatologia da doença no qual caracteriza a AIDS. Em se tratando sobre os controladores de elite, não existe uma definição consensual e ampla para ser delimitada (MEXIA, 2013).

Através de estudos mais específicos, constatou-se que a capacidade destes indivíduos de obter o controle viral em combater a infecção, pode ocorrer por terem as células do sistema imunológico com função ampliada através de herança genética, como mutação em alguns genes, aprimoramento genético de algumas enzimas que codificam proteínas do sistema antígeno leucocitário humano. A partir destes indivíduos é possível explorar informações e recursos do sistema imunitário, para analisar tais controles naturais da infecção (CRINITI et al., 2018).

3.5 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Em 1983 foi identificado o vírus da imunodeficiência humana. O retrovírus foi caracterizado estruturalmente e, conseqüentemente, em 1985 desenvolveu-se um teste para o diagnóstico realizado através da detecção de anticorpos específicos (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015).

Apesar do aumento de novas infecções de HIV ao redor do mundo, obteve-se uma redução de casos nos últimos sete anos. No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS, com uma taxa de 18,3/100.00 habitantes neste mesmo ano, caracterizando um decréscimo com taxa de 15,7%. A população de homens que fazem sexo com homens, tem uma taxa mais desproporcionalmente afetada, estimando uma maior incidência de infectados neste grupo. Para tanto se faz necessário a realização dos testes na fase inicial da produção de anticorpos, para identificação de casos de HIV (JORGE CASTEJON *et al.*, 2020).

Os testes nos quais são feitas a detecção da infecção pelo HIV, são basicamente feitos a partir de quatro grupos: detecção de anticorpos, detecção de antígenos, cultura viral e amplificação do genoma do vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 00).

A detecção precoce e precisa da infecção primária do HIV é de fundamental importância para diagnóstico e saúde futura do indivíduo além de reduzir ou até mesmo impedir a transmissão viral.

Os testes são recomendados pelo MS, com objetivo de melhorar a qualidade, segurança e rapidez no diagnóstico da infecção primária, baseados em fluxogramas com referência a classificação de Fiebig et al. (2003), a qual estabelece um sistema de estagiamento laboratorial da infecção recente de HIV.

Os ensaios de quarta geração representaram um avanço no diagnóstico da infecção, permitindo a detecção de imunoglobulina M (IgM), imunoglobulina G (IgG), e antígenos reduzindo o tempo da janela imunológica do HIV.

Algumas das estratégias do Ministério da Saúde que visam ampliar o acesso ao diagnóstico, é o teste rápido (TR) de HIV, onde é realizado em local que permite fornecer o resultado ao indivíduo, durante os atendimentos, seja em consulta médica, atendimento ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), unidade de testagem móvel ou organização não governamental, em ambiente laboratorial e não laboratorial com amostras de sangue obtida por punção digital ou amostra de fluido oral que permite ampliar o acesso ao diagnóstico.

Os TR são desenvolvidos para detectar anticorpos anti-HIV em até 30 minutos, com isso, os dispositivos são otimizados para se ter uma aceleração na interação de antígeno/anticorpo, exigindo uma maior concentração de antígeno e de detecção de complexo antígeno/anticorpo com reagentes sensíveis à cor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) Assim, sendo diagnosticado com o vírus da infecção pelo HIV, deve-se encaminhar o indivíduo para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou para o Serviço de Assistência Especializada (SAE).

A aplicabilidade dos fluxogramas com TR, ampliam o acesso ao diagnóstico, no qual permitem a antecipação do início do tratamento, preservando, assim, o sistema imunológico do indivíduo infectado, levando a redução da transmissão, sendo também os que apresentam melhor custo-efetividade, indicado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), como os de primeira escolha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3.6 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

A partir da década de 1960, com os avanços de estudos da química voltados para o DNA.

O primeiro medicamento liberado pela Food and Drug Administration (FDA), foi a azidotimidina ou AZT, na década de 1987. É um análogo do desoxinucleosídeo timidina, da classe de inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa (INTR). Estes primeiros medicamentos foram aprovados somente para esquema em monoterapia, no qual foi observado uma baixa na replicação viral, após o início da terapia (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015).

De acordo com os avanços tecnológicos mais aprofundados especificamente para complicações infecciosas, foram adotadas combinações de drogas no qual passou a ser conhecida como TARV, com objetivo de inibir a replicação do vírus no organismo, preservar a função imunológica, reduzir a probabilidade do surgimento de cepas virais que sejam mais resistentes e aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. O Brasil tem ganhado destaque em relação aos cuidados com tratamento e controle à AIDS, realizando intervenções como a introdução da TARV no SUS como parte da política brasileira de saúde, promovendo o acesso universal e gratuito dos serviços de saúde aos medicamentos (NUNES JUNIOR; CIOSAK, 2018).

Os medicamentos antirretrovirais usados na terapia contra o vírus do HIV atuam principalmente na fase de replicação viral, assim impedindo de diversos mecanismos a proliferação. Segundo Brojan LE, Marca LM, Dias FA, Rattmann YD (2020, p.2) existe 22 ARV disponibilizados pelo SUS, que estão divididos em seis classes farmacológicas: os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) que bloqueiam a ação da enzima transcriptase reversa dentro das células T-CD4+, assim impedindo a multiplicação viral. Tem os inibidores da integrase (INI), que ao bloquear a ação da integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano, acaba impedindo a replicação do vírus e a capacidade de infectar novas células. Outras classes que atuam inibindo a capacidade de infectar novas células são os inibidores de fusão (IF), que bloqueiam a fusão da membrana viral com a membrana celular humana, e os inibidores da CCR5, que são responsáveis pelo bloqueio da proteína de membrana que se liga ao vírus. Por fim, temos os inibidores de protease (IP) que ao inibirem a enzima protease, acabam impedindo a produção de novas copias de células infectadas com o HIV.

Figura 3 – Subclasse dos ARV e seus mecanismos de ação.

SUBCLASSES	FARMACODINÂMICA	MEDICAMENTOS
Inibidores da Transcriptase Reversa análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN)	Atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Age tornando essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.	Zidovudina, abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina e tenofovir
Inibidores da Transcriptase Reversa Não análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Bloqueiam diretamente a ação da enzima transcriptase reversa e a multiplicação do vírus.	Efavirenz, nevirapina e etravirina
Inibidores de Protease (IP)	Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.	Fosamprenavir, atazanavir, darunavir, indinavir, lopinavir/r, nelfinavir, ritonavir e saquinavir
Inibidores de Fusão (IF)	Impedem a entrada do vírus na célula impedindo sua reprodução.	Enfuvirtida
Inibidores da Integrase (II)	Bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (genoma celular). Desta forma, ele inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.	Dolutegravir, raltegravir
Inibidores de entrada ou Inibidores de Quimiocinas (IQ) (inibidores CCR5 e CXCR4)	São antagonistas do correceptor CCR5. Liga-se seletivamente ao receptor de quimiocina humana CCR5, prevenindo a entrada do HIV-1 CCR5-trópico nas células.	Maraviroque

Fonte: NASCIMENTO, ALBA (2018, p.26).

Com a utilização da combinação de três medicamentos, denominada terapia antirretroviral altamente eficaz ou HAART, foi possível observar a queda de carga viral, cerca de 5 vezes mais significativa do que a utilização da monoterapia (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2015).

De acordo com o PCDT, no Brasil a terapia antirretroviral inicial é padronizada com dois ITRN/ITRNN associados a um INI, tais esses são Tenofovir (TDF) com Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG) respectivamente. Porém, quando há casos de coinfeção e gestantes é utilizado esquemas iniciais alternativos, que serão visíveis na figura 4.

Figura 4 – Esquema de TARV inicial preferencial para adultos.

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento ^(a)	TDF ^(b) /3TC + DTG ^(c)	(300mg/300mg) "2 x 1"+ 50mg 1x/dia	
Coinfecção TB-HIV ^(d) sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF ^(b) /3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG.
Coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo ^(d) : LT-CD4+ <100 céls/mm ³ Presença de outra infecção oportunista Necessidade de internação hospitalar/doença grave Tuberculose disseminada	TDF ^(b) /3TC + RAL	(300mg/300mg) "2 x 1" 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018, p. 94).

A contagem de CD4 é de suma importância para verificação da terapia com antirretrovirais, pois quando o vírus invade o organismo de uma pessoa, se instala nas células CD4 que são células de defesa do corpo, assim destruindo-as, e levando a baixa da imunidade do indivíduo, os tornando vulneráveis a infecções. Com isso, obtendo uma contagem aumentada de CD4 pode significar que o indivíduo está com a imunidade preservada. Isto acontece também no exame de detecção de carga viral no sangue, onde é verificada a quantidade de RNA do vírus por mm³ de sangue, fazendo a análise de verificação da replicação do HIV no organismo e podendo apontar uma possível falha no tratamento com ARV. Visto que estes exames são essenciais para avaliação do acompanhamento com a terapia antirretroviral (SILVA, 2017).

Contudo, para que se tenha uma boa qualidade nos arranjos assistências, visto que o tratamento do HIV/Aids ainda apresenta uma grande complexidade em seu manejo clínico, nas abordagens sociais e psicológicas, se faz necessário uma abordagem mais específica e rápida na incrementação de novos saberes e práticas nas atividades profissionais, para se estabelecer uma melhoria nas condições de saúde destes pacientes (GALVÃO *et al.*, 2011).

O Brasil é um país amplamente citado e desenvolvido em relação ao programa de combate à AIDS, através do acesso de distribuição gratuita pelo SUS, em centros especializados

para o tratamento terapêuticos. No entanto para garantir o sucesso ao tratamento antirretroviral é necessário o comprometimento com a adesão ao tratamento, no qual muitos pacientes não são beneficiados por esta condição, por encontrarem-se diante de algumas dificuldades a adesão, que podem decorrer da complexidade da própria terapia com os efeitos colaterais dos medicamentos, bem como outros fatores psicossociais os quais podem interferir de forma negativa da colaboração dos pacientes com uso da terapia antirretroviral (GARBIN; GATTO; GARBIN, 2017).

Por isso, a assistência farmacêutica é de suma importância para o tratamento da pessoa que vive com HIV, visto que o farmacêutico deve realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente que é uma ferramenta importante no controle e monitoramento. O acompanhamento farmacoterapêutico se inicia no acolhimento de forma humanizada, na promoção a adesão, no esclarecimento sobre informação das possíveis reações adversas, possíveis interações com alimentos, medicamentos, álcool e outras drogas, esquema terapêutico, informações educativas acerca da infecção pelo HIV antes do início do TARV, do vírus, seu ciclo biológico, assim garantindo confiança e segurança para o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. CARDOSO et e al., 2022).

O cuidado farmacêutico a pessoa vivendo com HIV/AIDS deve ser realizado principalmente quando pacientes estão em início de TARV, ou em troca ou que retornaram após abandono do tratamento, pois os efeitos adversos dos medicamentos são mais frequentes nesses períodos, e assim propiciando o paciente a criar expectativas negativas sobre o tratamento e podendo desenvolver sintomas de ansiedade. O farmacêutico ao garantir a adesão ao tratamento, administra uma ferramenta importante para alcançar os objetivos da TARV de supressão máxima, assim melhorando o sistema imunológico da PVHIV, garantindo a qualidade de vida e o bem estar do paciente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2021. BARBOSA et e al., 2020).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo e transversal baseado no banco de dados para atendimento de pessoas que vivem com HIV atendidos na Policlínica da UNIFAP a partir de janeiro de 2022.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na unidade básica Policlínica da UNIFAP, localizada no município de Macapá, capital do estado do Amapá. O estado está localizado na região norte do Brasil, o qual é composto por 16 municípios, a capital Macapá está localizada na 00° 02' 20" N e longitude 51° 03' 59" (IBGE, 2015).

4.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Os serviços de atendimento da PVHIV eram centralizados no Serviço de Assistência Especializada (SAE), situado no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima. Porém, no início de 2022 o atendimento foi descentralizado com a implantação do atendimento na policlínica da UNIFAP. Portanto, foram avaliados os dados clínicos de todos os pacientes, com idade mínima de 18 anos e que iniciaram tratamento nesta unidade.

4.3.1 Critérios de exclusão:

Foram excluídos os dados dos pacientes com idade inferior a 18 anos e os pacientes transferidos de outra unidade.

4.3.2 Coleta dos Dados

A unidade utiliza o sistema SICLOM, disponibilizado pelo MS, para dispensação, acompanhamento e controle das PVHIV, portanto, a partir deste banco de dados, foram extraídas as variáveis do estudo e anotadas em formulário de coleta de dados (Apêndice 1). O sistema gera número de registro para os pacientes e a pesquisa se dará por este número mantendo o sigilo da identificação nominal do paciente. Foram coletadas todas as informações demográficas, tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, identidade de gênero, bem

como as informações clínicas como comorbidades, resultado dos exames, prescrição de medicamentos, reações adversas a medicamentos, intervenções farmacêuticas. Posteriormente, todas as informações foram organizadas em planilhas no programa Excel® para análise.

4.3.3 Vieses da pesquisa

No decorrer da pesquisa, houve vieses de amostragem, já que os dados armazenados no sistema SICLOM é alimentado pelos profissionais da saúde da policlínica e havia pacientes que não tinham todas as informações preenchidas no sistema pela falta de resposta dos pacientes e também paciente que não foram cadastrados no sistema. Os dados clínicos dos pacientes, carga virais e CD4, são coletados de 6 em 6 meses para o acompanhamento do quadro clínico e pelo tempo da pesquisa, alguns pacientes não haviam realizado o 2º exame.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi utilizado o software *BioEstat 5.3*® (AYRES, et al, 2007). Foi realizada a descrição das características da população estudada através de parâmetros da estatística descritiva como média aritmética, amplitude, e desvio padrão para as variáveis contínuas, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas através das frequências numéricas e percentuais. Para avaliação do tratamento foram analisadas as variâncias da carga viral e contagem de células através do teste ANOVA para amostras pareadas. Para avaliar o tratamento dos pacientes que estavam com contagem de células inferior a 200 células/mm³, foi utilizado o Teste t para amostras pareadas.

4.5 RISCOS

Existe a possibilidade de ocorrer danos morais aos sujeitos da pesquisa em questão, caso os resultados dos exames laboratoriais ou as informações contidas nos seus cadastros sejam divulgados de forma inadequada. Para evitar tais danos, a identidade deles foi mantida em sigilo, pois os pacientes não foram identificados por seus nomes, apenas pelo número de registro do sistema, assegurando assim a privacidade dos envolvidos na pesquisa. Além disso, todos os investigadores assinaram um termo de confidencialidade padrão da farmácia (Anexo 1).

Salienta-se que no momento do cadastro dos pacientes no sistema é gerado um código identificador do paciente permitindo o levantamento das informações e seus respectivos resultados de exames sem a necessidade de identificação nominal.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo segue todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964) e atende as considerações éticas dispostas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, foi submetido a análise do comitê de ética em pesquisa e aprovado, **CAAE: 63359922.8.0000.0003** (Anexo 2).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

Durante o período de estudo, 106 pacientes PVHIV foram atendidas na Policlínica da UNIFAP. Entretanto, considerando os critérios de exclusão, foi coletado dados de 72 pacientes, dentre estes, 62 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino, resultando em uma razão entre os sexos de 6,2 homens para 1 mulher. As idades variaram entre 18 a 82 anos, com média de 31,13 anos, amplitude de 64 e desvio padrão de 11,17. As informações como sexo e idade estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Sexo e idade das PVHIV atendidos na policlínica da UNIFAP.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	10	14%
Masculino	62	86%
<i>Total</i>	72	100%
Idade		
18-40	59	82%
41-60	11	15%
Mais de 61	2	3%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

Todos os pacientes atendidos são residentes do estado do Amapá sendo 63 pacientes com residência em Macapá, 8 em Santana e 1 em Tartarugalzinho. Observa-se que a maioria dos pacientes atendidos 57 (79%) são naturais do estado do Amapá, sendo 49 nascidos em Macapá. Dos pacientes inclusos na variável outros, 1 é do Ceará e o outro de Goiânia.

Os estados de origem dos demais pacientes estão descritos na tabela 2, bem como as demais informações sócio demográficas.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos pacientes que vivem com HIV que são atendidos na policlínica da UNIFAP.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Estado Civil		
Solteiro	54	75%
Casados	13	18%
Divorciado	2	3%
Não informado	3	4%
<i>Total</i>	72	100%
Estados de origem		
Amapá	57	79%
Pará	10	14%
Maranhão	3	4%
Outros	2	3%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

O gráfico 1 apresenta a escolaridade dos pacientes, que foi dividido em não alfabetizado com apenas 1 paciente, ensino fundamental incompleto com 1 paciente, ensino fundamental completo com 6 pacientes, ensino médio incompleto com 5 pacientes, ensino médio completo com 31 pacientes, curso técnico com 1 paciente, ensino superior com 24 pacientes e 3 pacientes que não informaram sua escolaridade.

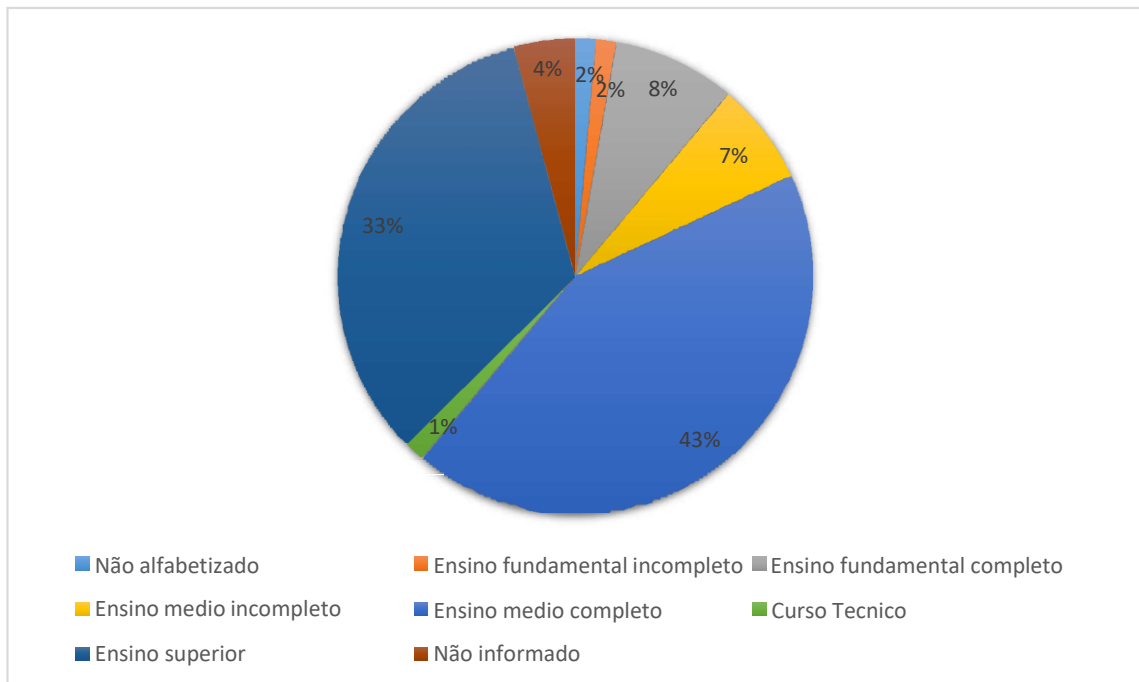
Os indicadores mais significativos para se avaliar o nível socioeconômico associado a saúde da população são nível de instrução, renda e a ocupação (FONSCECA et e al., 2000). Neste estudo, usamos a variável escolaridade como indicador da condição socioeconômica do paciente, que apresentam casos mais frequentes de pessoas com ensino médio completo (43%) seguido de ensino superior completo (33%), mostrando dados controversos a literatura que retratam sobre a pauperização associada a infecção pelo HIV, caracterizando uma situação socioeconômicos de indivíduos com baixa escolaridade (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Estudos como "Aids e grau de escolaridade no Brasil: Evolução temporal de 1986 a 1996" relatam casos iguais aos encontrados no nosso estudo, que as PVHIV atendidas na policlínica não têm menos acesso a informações, como também não são de classes econômicas baixas. Assim, supõe-se que os estigmas sobre HIV ainda são predominantes na população,

logo grupos que teoricamente não seriam vulneráveis estão mais propícios a terem comportamentos de risco por crenças limitantes acerca do HIV/AIDS.

Por outro lado, supõe-se que pacientes com maior grau de escolaridade tendem a conhecer mais sobre a doença e seu tratamento, por isso, procuram a TARV para lidar com a infecção como observado neste estudo.

Gráfico 1 –Dados da escolaridade dos pacientes estudados.

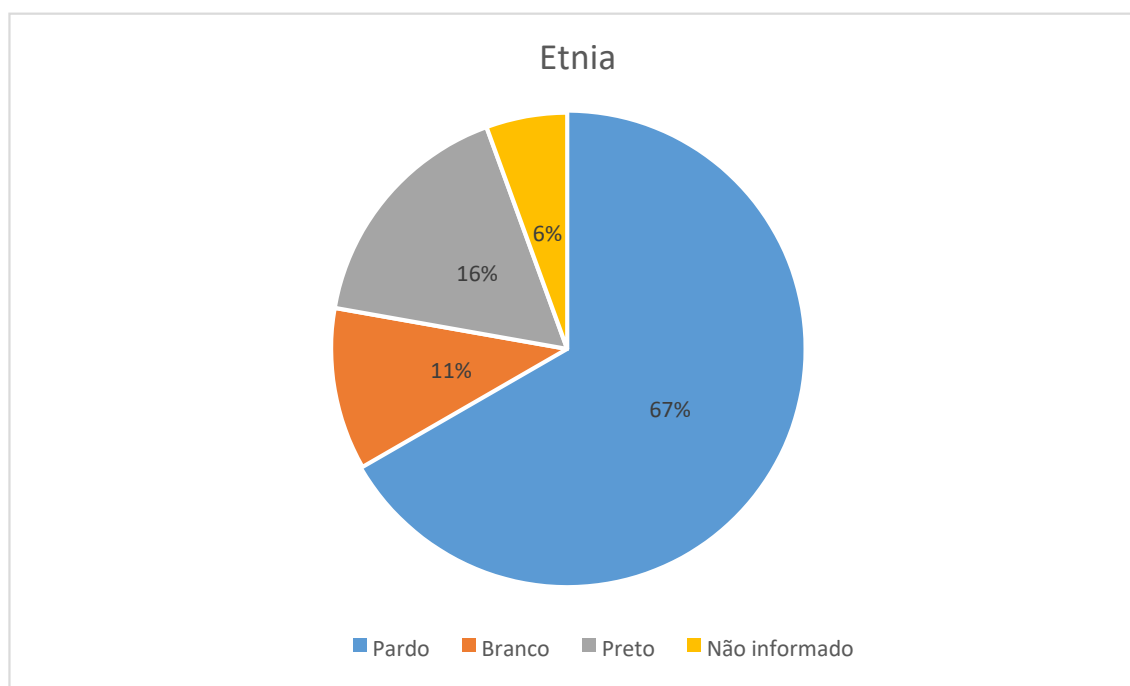


Fonte: PRÓPRIO AUTOR (2023).

No gráfico 2 é observado o resultado sobre as etnias dos pacientes, onde a maior parte dos casos ocorreram em indivíduos com etnia parda que prevaleceu com 67% (48) dos pacientes, os demais são de etnia preta em 16% (12), brancos 11% (8) e alguns não informados em 6% (4).

Diante dos últimos anos no Brasil, se obteve uma ênfase com a suposta associação do HIV com a população preta. No entanto através de análises nos bancos de dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2016, observa-se houve um aumento na proporção de casos de infecção por HIV, entre os indivíduos que se autodeclararam pardos (BRASIL, 2016). É importante ressaltar que devido as características marcantes de miscigenação na população do Amapá, as etnias predominantes são negras e pardas.

Gráfico 2 – Dados autodeclaradas etnias/raça da população estudada.



Fonte: PRÓPRIO AUTOR (2023).

5.2 CARACTERIZAÇÃO COMPORTAMENTAL

As variáveis comportamentais mostram que os pacientes que se consideram homossexual, representam quase a metade (49%) das PVHIV atendidas na policlínica, porém, os pacientes heterossexuais tem um quantitativo significativo do total dos pacientes (28%). Devido a esse quantitativo, observa-se que há uma descentralização nesse “segmento populacional”, desvinculando o estigma do HIV associado à imagem da população homossexual.

Alguns aspectos comportamentais estão diretamente associados com a infecção do HIV. Como a realização de sexo anal, vaginal, sem o uso de preservativos nas relações, estão associados ao aumento e a vulnerabilidade relacionada à infecção pelo HIV (BRASIL, 2018). Assim como, a iniciação sexual precoce associada a prática de relacionamento com múltiplos parceiros, são alguns dos aspectos considerados comportamentos sexuais de risco, apontam o PCDT e os estudos sobre comportamentos sexuais. Neste estudo, a maioria dos pacientes (43%) apresentam um parceiro fixo atual, e a multiplicidade de parceiros sexuais é mais visível nos parceiros progressos das PVHIV atendidos na policlínica. As variáveis sobre comportamentos sexuais estão descritas na tabela 3.

Tabela 3 - Dados dos comportamentos sexuais das PVHIV atendidas na policlínica.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência percentual (%)
Orientação Sexual		
Heterossexual	20	28%
Homossexual	35	49%
Bissexual	11	15%
Não informado	6	8%
<i>Total</i>	72	100%
Nº de parceiros atuais		
Nenhum	15	21%
Um	31	43%
Dois ou mais	4	6%
Não informou	22	31%
<i>Total</i>	72	100%
Nº de parceiros progressos		
Nenhum	8	11%
Um	0	0%
Dois ou mais	36	50%
Não informou	28	39%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

A prevalência de usuários de drogas ilícitas, tabagistas e etilistas apresentam uma porcentagem inferior a 50% da população estudada, assim reduzindo o comportamento de risco do paciente e garantindo a adesão e eficácia da TARV. Foi observado que 39% (28) dos pacientes fazem uso de bebida alcoólica, as outras variáveis comportamentais da população estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 – Dados comportamentais da população estudada.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência percentual (%)
Uso de drogas ilícitas		
Sim	10	14%
Não	62	86%
<i>Total</i>	72	100%
Etilista		
Sim	28	39%
Não	44	61%
<i>Total</i>	72	100%
Tabagista		
Sim	11	15%
Não	61	85%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

Estudos demonstram a importância na identificação de fatores que limitam a não adesão ao tratamento com os antirretrovirais, o uso de álcool e drogas estão diretamente associados com comportamentos de risco que aumentam a chance de transmissão do HIV e assim se obtém a ligação desses fatores com a ocorrência do sexo sem preservativos. Distingue-se através destes estudos que estes comportamentos levam a um prognóstico de risco para essa diminuição da adesão ou até mesmo a descontinuidade da TARV (REGO; REGO, 2010).

Neste sentido, o PCDT enfatiza que o consumo exacerbado de drogas e álcool interfere negativamente na efetividade do tratamento com o antirretroviral e no acompanhamento farmacoterapêutico, tendo em vista que estes pacientes tendem a seguir com uma menor regularidade os acompanhamentos e os serviços disponibilizados pela assistência, assim resultando a estarem mais suscetíveis a comorbidades clínicas que irão prejudicar a qualidade de vida futura deste paciente.

5.3 CARACTERIZAÇÃO TERAPÊUTICA

O serviço de atendimento das PVHIV na policlínica da UNIFAP iniciou em janeiro de 2022, portanto, a maioria dos pacientes 26% (19) avaliados estavam entre 3 a 4 meses de tratamento e nenhum paciente havia completado um ano de tratamento.

As informações sobre ocorrência de potenciais reações adversas, regularidade de retiradas na farmácia, bem como, os dados clínicos coletados estão descritos na tabela, 5.

Tabela 5 – Dados de Saúde do grupo estudado de PVHIV atendidos na policlínica.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Tempo de tratamento		
1 a 2 meses	12	17%
3 a 4 meses	19	26%
5 a 6 meses	17	24%
7 a 8 meses	15	21%
9 a 10 meses	9	13%
<i>Total</i>	72	100%
Retirada regular		
Sim	70	97%
Não	2	3%
<i>Total</i>	72	100%
RAM		
Sim	22	31%
Não	50	69%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

No estudo é importante ressaltar que dentro da farmacoterapia aplicada aos pacientes atendidos da policlínica da UNIFAP, não foi evidenciado nenhum Problema Relacionado ao Medicamento (PRM), sendo assim, dentro da terapia farmacológica não se fez necessária a prática de intervenção farmacêutica.

A taxa de retirada regular foi significativa em 97% e pode ser um importante indicador utilizado pela farmácia pois demonstra que os pacientes tiveram empenho no seu tratamento, com adesão a terapia.

Após o uso do TARV, os pacientes relataram alguns sintomas sugestivos de possíveis reações adversas a medicamentos (RAM). Para classificar o grau de probabilidade de RAMs, foi usado o algoritmo da OMS, que compreende a definição da RAM considerando a probabilidade de ocorrência e a gravidade. Levando em conta a classificação de causalidade, baseados em definido, provável, possível, improvável, condicional não classificado e

inacessível. Por ser um estudo observacional, foi classificada como possíveis reações adversas à medicamentos.

Diante disso, para identificar qual o tipo de RAM usamos a classificação de Rawlins e Thompson, que consiste principalmente em Reações do tipo A, reação comum, esperada que é relacionada a um efeito farmacológico da droga e a reação do tipo B, reação incomum, inesperada e não é relacionada a um efeito farmacológico da droga.

No capítulo 12 do PCDT é relatado todos os eventos adversos relacionados aos ARV, com isso, foi feito a análise de todas as possíveis reações adversas de acordo com os antirretrovirais utilizados pelos pacientes e foi verificado que um total de 22 (31%) pacientes apresentaram RAMs, todas as RAMs foram do tipo A e nenhum apresentou RAMs tipo B.

Na Tabela 6 é observado a frequência das Reações adversas à medicamentos, que são um total de 36, visto que alguns pacientes apresentaram mais de uma RAM.

Tabela 6 - Principais RAMs relatadas pelos pacientes.

RAM	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Fadiga	1	3%
Diarreia	3	8%
Cefaleia	5	14%
Prurido	4	11%
Suor noturno	3	8%
Bolhas na região infra	1	3%
Sonolência	1	3%
Astenia	1	3%
Hiperemia facial	1	3%
Exantema	2	6%
Pápulas	1	3%
Manchas na pele	1	3%
Febre	3	8%
Insônia	1	3%
Epigastria	3	8%
Edemas nas mãos	1	3%
Lesão Pruriginosa	1	3%
Tontura	1	3%
Odinofagia	2	6%
<i>Total:</i>	36	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

A maior causa de falha terapêutica em PVHIV é a falta de adesão a TARV em função das RAMs que surgem principalmente nos primeiros meses de tratamento, por isso, é importante detectar, classificar e realizar intervenções em relação as reações adversas a

medicamentos para que o paciente não abandone a TARV e consiga alcançar um quadro clínico desejável para sua condição.

Todos os pacientes fazem uso da combinação de TARV composta por dois ITRN - Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) associado a um INI - Dolutegravir (DTG), estes ARVs são tidos como de esquema inicial para tratar pessoas que vivem com HIV de acordo com o PCDT.

Os dois ITRN estão disponíveis em coformulações e são administrados única diária, apresentam baixa toxicidade, boa supressão virológica, resposta de LT-CD4+ e menor toxicidade hematológica, comparado aos outros medicamentos da subclasse. Mas pelo TDF ser nefrotóxico, é importante verificar a ocorrência de insuficiência renal e o uso concomitante com outros medicamentos nefrotóxicos, nestes casos deve-se usar preferencialmente outra associação de ITRN.

O INI - Dolutegravir também é administrado em dose única diária, apresenta alta potência, alta barreira genética e poucas RAMS, favorecendo a adesão a farmacoterapia.

Além dos ARV, as PVHIV atendidas na policlínica da UNIFAP fizeram uso de outros medicamentos. A análise dos registros da farmácia da Policlínica demonstrou que a maioria dos medicamentos utilizados são 21% de Penicilina Benzatina, 17% de Sulfametoxazol + Trimetoprima e 8% de Azitromicina, por conta disso, foi observado que a maioria dos medicamentos utilizados pelas PVHIV foram da classe dos antibióticos, que no período do estudo foi usado para tratar tanto as comorbidades infecciosas que os pacientes apresentaram como também usado de forma profilática em virtude dos riscos para infecções oportunistas.

Foram identificados um total de 78 medicamentos retirados pelos pacientes no período do estudo (Tabela 7).

Tabela 7 - Medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo.

Medicamentos utilizados pelos pacientes	Classificação ATC	N	%
Penicilina Benzatina	J01CR02	16	21%
Sulfametoxazol+Trimetoprima	J01EE01	13	17%
Azitromicina	J01FA10	6	8%
Aciclovir	J05AB01	4	5%
Secnidazol	P01AB07	4	5%
Ivermectina	P02CF01	3	4%
Omeprazol	A02BC01	3	4%
Acetilcisteína	R05CB01	2	3%
Amoxicilina	J01CA04	2	3%
Ciprofibrato	C10AB08	2	3%
Cloridrato de prometazina	R06AD02	2	3%
Deltametrina	P03BA03	2	3%
Losartana	C09CA01	2	3%
Amoxicilina+Clavulanato de Potássio	J01CR02	1	1%
Atenolol	C07AB03	1	1%
Butilbrometo de escopolamina + Dipirona	A03DB04	1	1%
Cetoconazol	D01AC08	1	1%
Clonazepam	N03AE01	1	1%
Cloridrato de Ciprofloxacino	J01MA02	1	1%
Doxiciclina	J01AA02	1	1%
Fluconazol	J02AC01	1	1%
Hidroclorotiazida	C03AA03	1	1%
Levofloxacino	J01MA12	1	1%
Metformina	A10BA02	1	1%
Metronidazol	J01XD01	1	1%
Ramipril + Hidroclorotiazida	C09BA05	1	1%
Risperidona	N05AX08	1	1%
Silimarina	A05BA03	1	1%
Silybum marianum	A05BA03	1	1%
Vitaminas e Minerais	A11	1	1%
Total		78	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

5.4 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Durante o período do estudo 11 (15%) pacientes apresentaram a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), caracterizada por contagem de CD4+ inferior a 200 cels/mm³ (PCDT, 2018). Entretanto, nenhum paciente apresentou quadro de infecções oportunistas. Contudo, 46% das PVHIV atendidas no serviço apresentaram alguma comorbidade (Tabela 8).

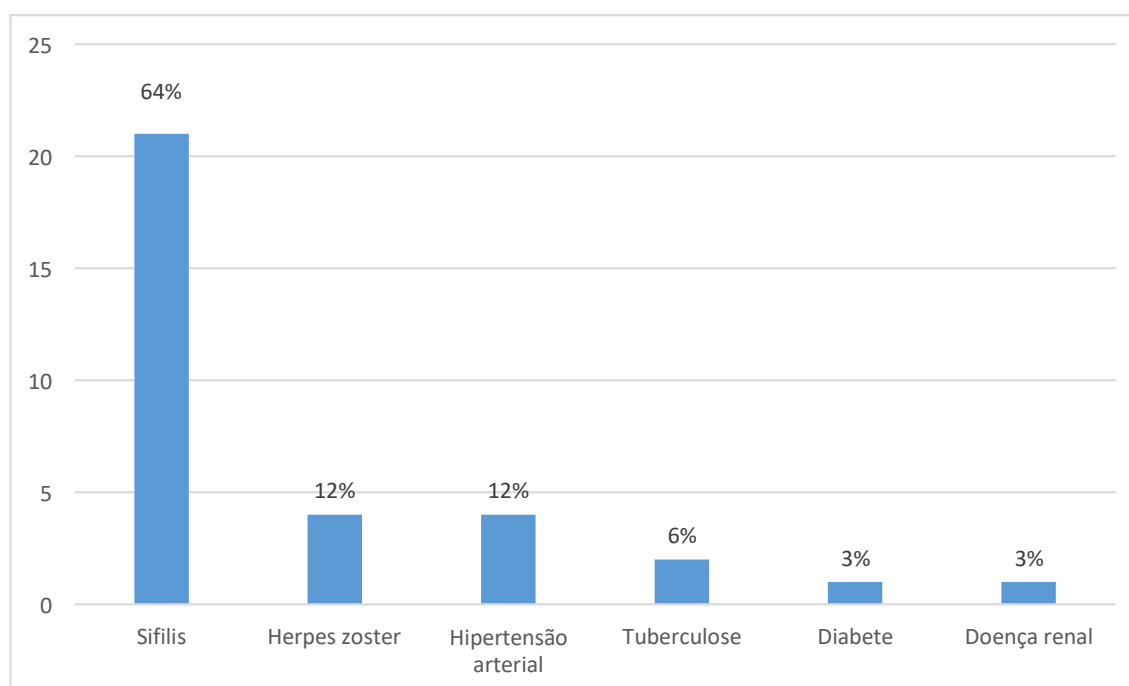
Tabela 8- Variáveis clínicas dos pacientes atendidos na policlínica da UNIFAP.

VARIÁVEIS	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida		
Sim	11	15%
Não	61	85%
<i>Total</i>	72	100%
Infecções oportunistas		
Sim	0	0%
Não	72	100%
<i>Total</i>	72	100%
Comorbidades		
Sim	33	46%
Não	39	54%
<i>Total</i>	72	100%

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

As principais comorbidades estão descritas no gráfico 3.

Gráfico 3 - Comorbidades do grupo estudado de PVHIV atendidos na policlínica.



Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

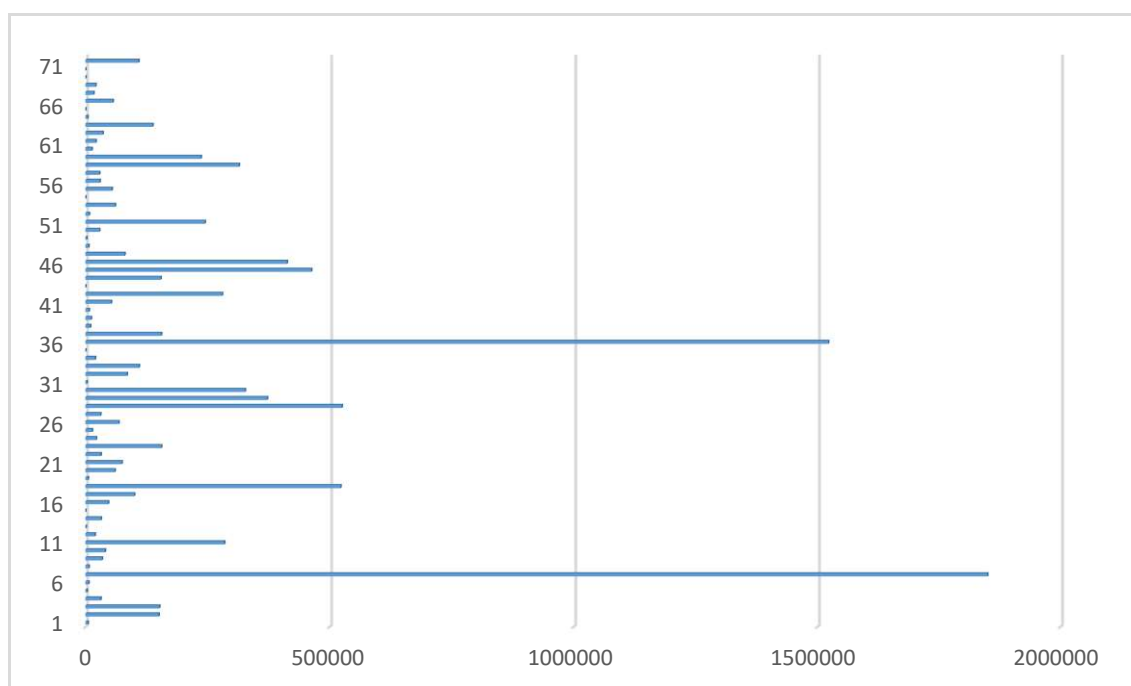
Dentre as comorbidades diagnosticadas destacam-se doenças infecciosas sexualmente transmissíveis, o que pode refletir o comportamento sexual dos pacientes.

5.4.1 Carga viral

O exame de carga viral de acordo com o PCDT deve ser realizado a cada seis meses, portanto no período deste estudo foi possível coletar apenas dois resultados. Dos pacientes analisados, 1 PVHIV foi excluído por não constar no sistema o resultado dos exames de CV e CD4. A média de carga viral na primeira coleta para os 71 pacientes foi de 137.506,80, amplitude de 185.0049 e desvio padrão de 297.079. Até o final do levantamento dos dados apenas 37 (51%) pacientes haviam realizado a 2º CV, a média foi de 40,513, amplitude de 1.307,0 e desvio padrão de 214,486.

No gráfico 4 são apresentados os resultados do 1º exame de CV para cada paciente.

Gráfico 4 – 1º Carga viral das pessoas que vivem com HIV atendidos na policlínica.



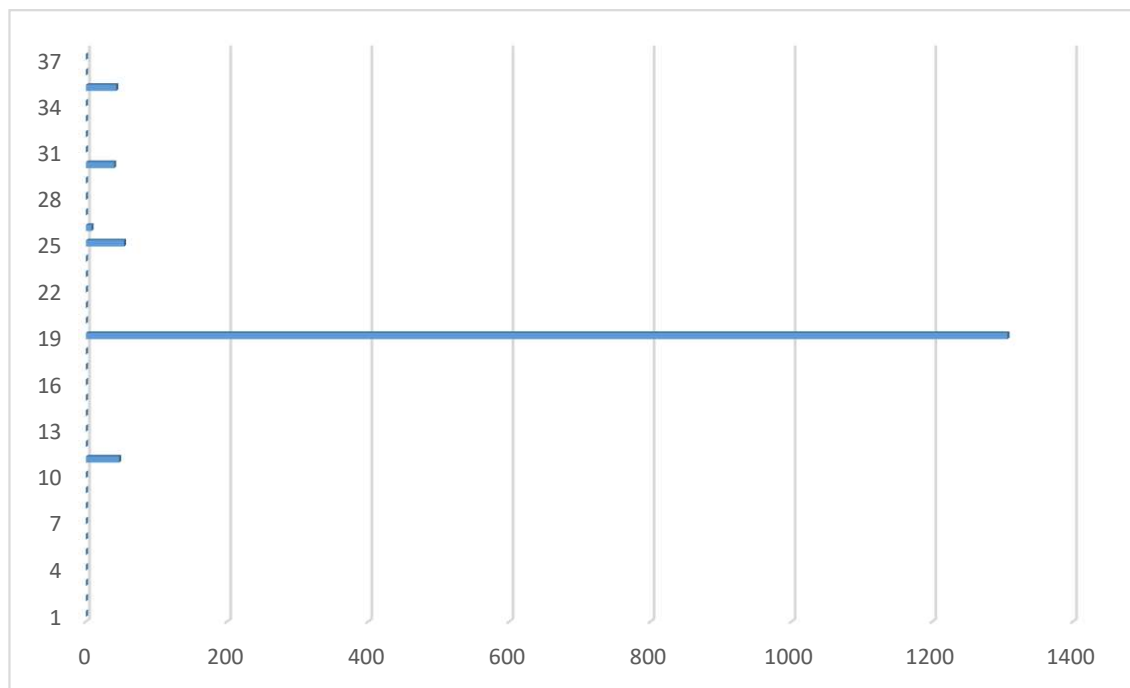
Resultado do 1º CV de 71 pacientes, onde o eixo X é o resultado do exame de carga viral e o eixo Y é a quantidade de pacientes que realizaram o exame.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

A CV dos 37 pacientes que realizaram a 2º coleta são apresentadas no gráfico 5. Desses pacientes que realizaram os 2 exames, de acordo com o parâmetro da CV, todos obtiveram

sucesso terapêutico, entretanto, para avaliar a condição clínica do paciente é preciso levar em consideração 3 parâmetros: CV, CD4 e a correlação CD4/CD8.

Gráfico 5 – 2º Carga viral dos pacientes que vivem com HIV atendidos na policlínica.



Resultado do 2º CV de 37 pacientes, onde o eixo X é o resultado do exame de carga viral e o eixo Y é a quantidade de pacientes que realizaram o exame.

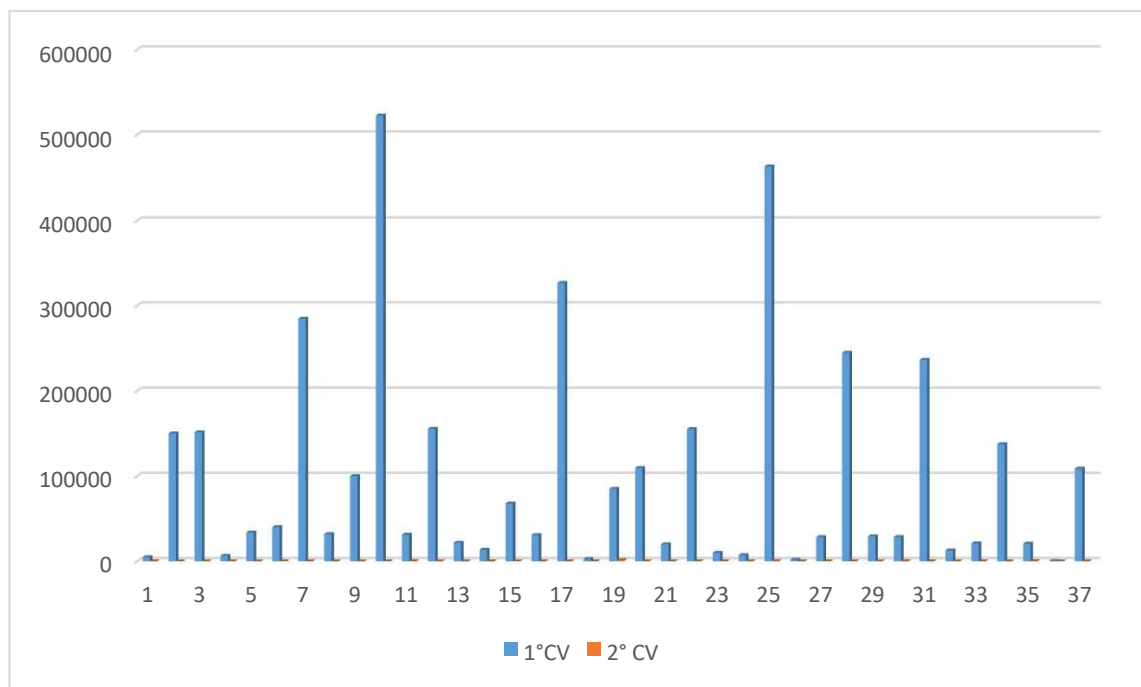
Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

De acordo com o PCDT, o monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV com a CV e CD4 é de suma importância, pois reduz a morbimortalidade e o tempo de uso de TARV em falha terapêutica, por isso, a frequência de solicitação dos exames é muito importante para monitorar os pacientes. Como todos os nossos pacientes fazem uso da TARV, os exames são realizados a cada 6 meses.

Um dos objetivos principais da TARV é alcançar a carga viral não detectável, pois assim, consegue diminuir a transmissão sexual do vírus, melhorar a qualidade e expectativa de vida da PVHIV. Além disso, a diminuição dos níveis de CV séricos do HIV evidencia a adesão do paciente a terapia antirretroviral e é um indicativo para avaliar a progressão da doença. Apesar da supressão da CV, é importante enfatizar a importância do uso de preservativos para a PVHIV, assim assegurando mais o controle da disseminação do HIV.

Pelos resultados que obtivemos do nosso trabalho, é observado que o tratamento teve impacto significativo sobre a carga viral dos pacientes tratados $p < 0,0001$, assim mostrando que os pacientes não falharam na adesão a terapia antirretroviral.

Gráfico 6 – Correlação do 1º e 2º exame de CV dos pacientes atendidos na policlínica.



Resultado de 1º e 2º CV de 37 pacientes, onde o eixo X é a quantidade de pacientes e o eixo Y é o resultado do exame de carga viral.

*ANOVA $p < 0,0001$

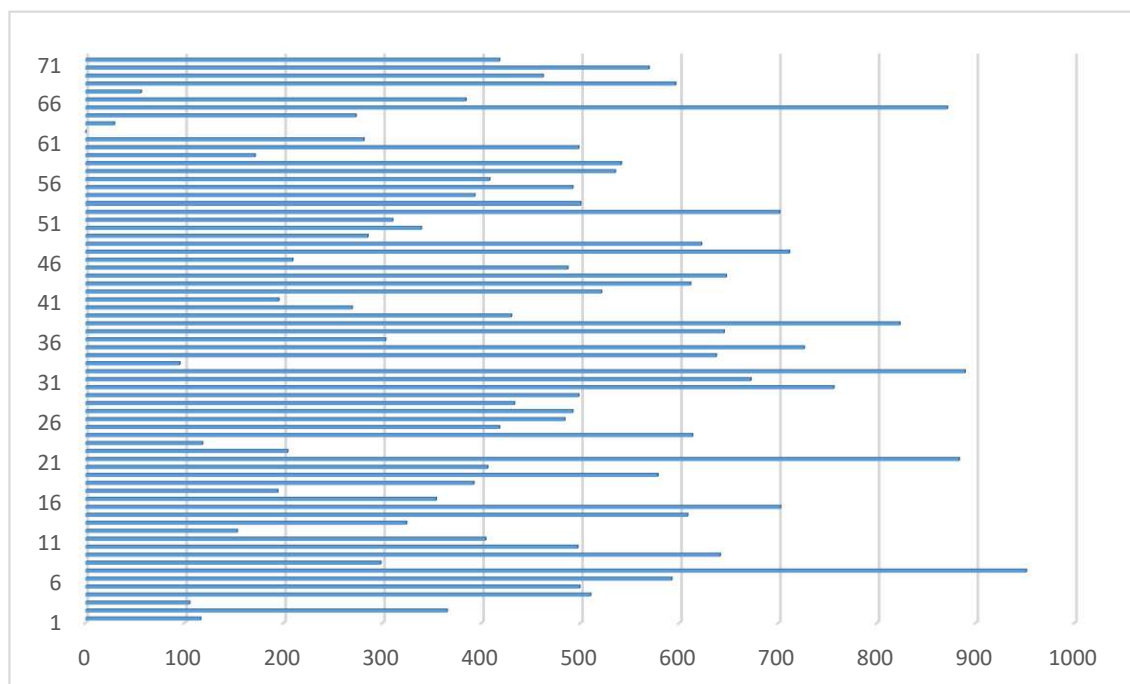
Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

5.4.2 Linfócitos T CD4+

Assim como o exame de CV, a coleta de CD4+ deve ser realizada a cada 6 meses. Na primeira coleta de CD4, 71 pacientes foram analisados, a média foi de 453,41 células/mm³, com amplitude de 951 e desvio padrão 220,24. No 1º exame de CD4, 11 pacientes apresentaram marcador abaixo de 200 células/mm³ o que indica a AIDS, no 2º exame destes pacientes apenas 2 apresentaram contagem de células CD4 abaixo do limite desejado. Foi realizado o Teste T em 7 pacientes que realizaram os 2 exames. Sendo verificado um $p = 0,029$, mostrando que o tratamento teve um impacto significativo sobre esses pacientes que estavam com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Os dados do 1º CD4 estão apresentados no gráfico 7.

Gráfico 7 -1º CD4 das pessoas que vivem com HIV atendidos na policlínica.



Resultado do 1º CD4 de 71 pacientes, onde o eixo X é o resultado do exame de Linfócitos T-CD4 e o eixo Y é a quantidade de pacientes que realizaram o exame.

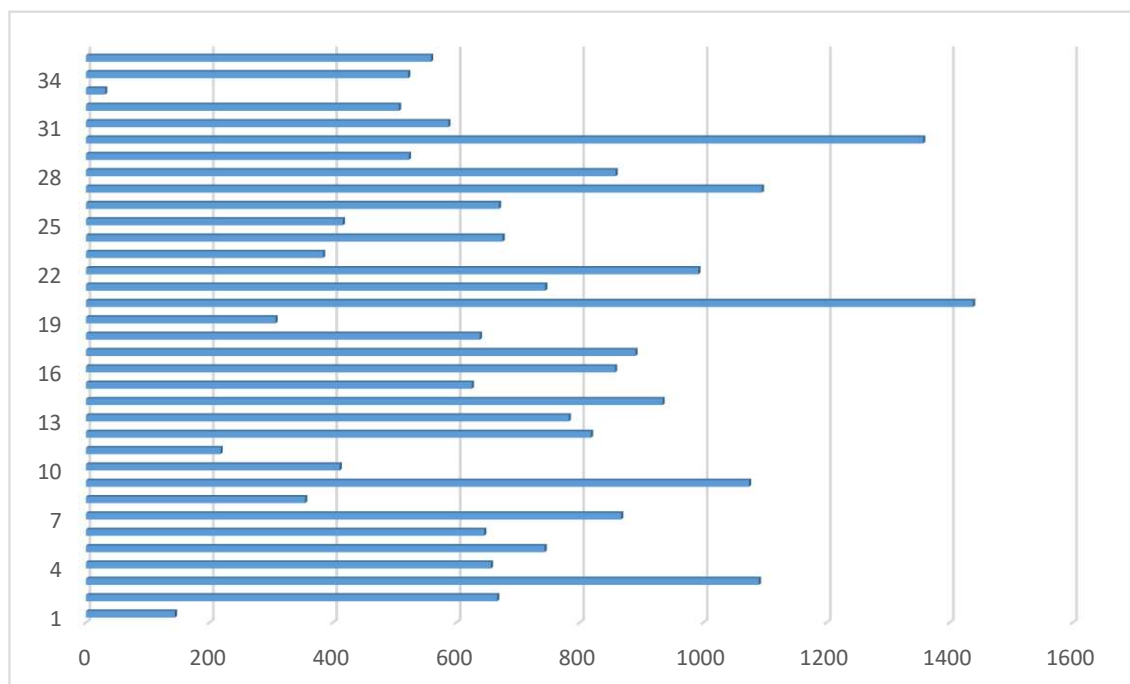
Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

Para estes pacientes soropositivos para o HIV, a contagem dos linfócitos TCD4+ é utilizada como o marcador imunológico, que tem o objetivo de monitorar o desenvolvimento da doença. A contagem de CD4+ considerada normal de um indivíduo é acima de 500 células/mm³, quando a contagem de células está abaixo de 200 células/mm³ ocorre diversos fatores que vão alterar o sistema imunológico, acarretando em uma imunidade enfraquecida, onde diversas infecções oportunistas tendem a evoluir e piorar o quadro clínico do paciente levando para o quadro de imunodeficiência (CACHAY.EDWARD, 2019).

Na pesquisa foi possível observar que o monitoramento deste marcador é imprescindível para a avaliação do nível de progressão da doença, revelando os riscos a infecções que o paciente está sujeito.

No final do levantamento dos dados analisados, 35 (49%) pacientes haviam realizado o segundo exame de CD4+, onde a média apresentada foi de 687,914, amplitude de 140,7 e desvio padrão 315. O CD4 dos 35 pacientes que realizaram a 2º coleta são apresentadas no gráfico 8.

Gráfico 8 – 2º CD4 dos pacientes que vivem com HIV atendidos na policlínica.



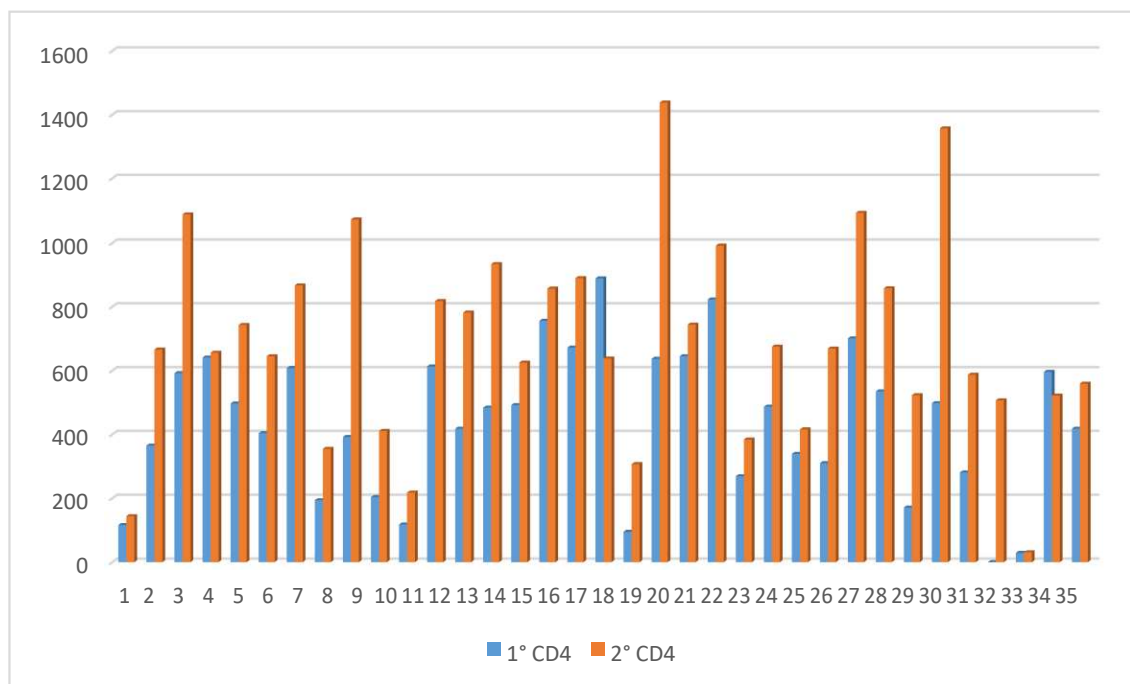
Resultado do 2º CD4+ de 35 pacientes; onde o eixo X é o resultado do exame de Linfócitos T-CD4 e o eixo Y é a quantidade de pacientes que realizaram o exame.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

O CD4+ é um importante critério clínico do estado do sistema imunológico do paciente, em conjunto da CV são os principais parâmetros para monitoramento da PVHIV. É um indicativo preditivo do prognóstico da AIDS, indica o grau de comprometimento do sistema imune, a gravidade dos riscos para as principais infecções oportunistas e a utilização de profilaxias para essas doenças. Quando a contagem do LT-CD4+ está acima de 350 células/mm³, indica que o paciente está com sua imunidade preservada.

É observado que a maioria dos pacientes estão com suas contagens de CD4 acima da considerada ideal para manter sua imunidade. No gráfico 9, observa-se a melhora do 1º para 2º exame de CD4, onde houve aumento significativo na contagem de células decorrente do sucesso terapêutico $p < 0,0001$.

Gráfico 9 – Correlação do 1º e 2º exame de CD4 dos pacientes atendidos na policlínica.



Resultado de 1º e 2º CD4 de 35 pacientes, onde o eixo X é a quantidade de pacientes e o eixo Y é o resultado do exame de Linfócitos T-CD4.

*ANOVA $p > 0,0001$.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

Desses pacientes que realizaram os 2 exames, apenas 2 (3%) apresentaram redução do número de células CD4, um destes (paciente 18) não realizou retirada regular do ARV o que indica uma falha na adesão terapêutica e outro (paciente 34), embora tenha feito as retiradas regulares apresentou queda no número de células.

5.4.3 Correlação CD4/CD8

A razão CD4/CD8 é um parâmetro utilizado pelo clínico para avaliação do status imunológico do paciente. A infecção pelo HIV ataca o sistema imunológico do hospedeiro e através desse ataque vai fazer com que ocorra alteração no DNA da célula TCD4+ infectada criando suas cópias virais. Com essas alterações os linfócitos T CD4+ terão diminuição nas funções reguladoras e efetoras a longo prazo, o que leva a uma imunodeficiência (AIDS MAP, 2022).

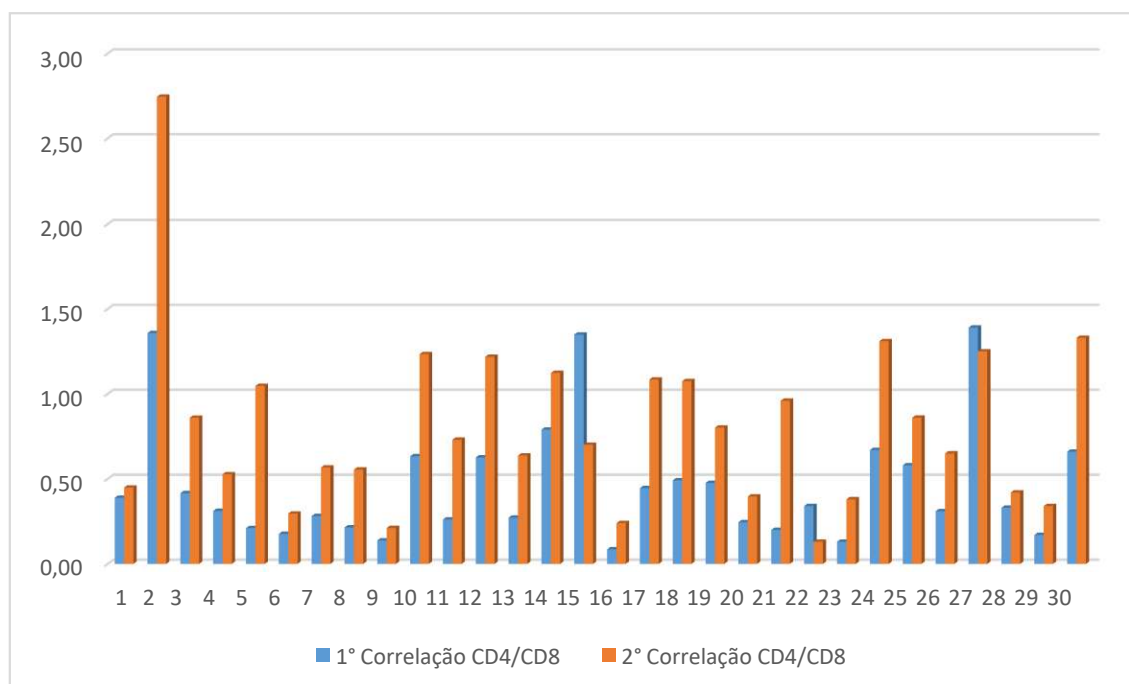
No estágio inicial da infecção ou em pacientes que apresentam baixo risco de doenças, os valores de CD4 geralmente estão acima de $500/\text{mm}^3$. Os linfócitos TCD8 tem seus valores aumentados no início e retornando a valores normais dentro de alguns meses. Entretanto, com a persistência da infecção o número de células CD8 diminuirá gradativamente, mas com

progressão menor que as células CD4, levando a redução da relação CD4/CD8 até sua inversão nos estágios mais avançados da infecção (DIAS; NASCIMENTO; BAHIA, 2018).

Na ausência de infecção pelo HIV a relação deve ser maior ou igual a 1. Para as PVHIV uma baixa razão < 1 , está relacionada ao risco de imunossupressão, portanto, a TARV objetiva atingir a normalidade, tendo razão > 1 , indicando melhora do sistema imune do paciente (CLARA BRITES-ALVES, *et al.*, 2015).

No período do estudo, 41 (57%) realizaram apenas o 1º exame da correlação CD4/CD8 e 30 (42%) realizaram a coleta do 1º e 2º exame da correlação CD4/CD8. O gráfico abaixo, apresenta a correlação do 1º e 2º exame da razão CD4/CD8.

Gráfico 10 – Correlação do 1º e 2º exame da correlação CD4/CD8 das PVHIV atendidas na policlínica da UNIFAP.



Resultado do 1º e 2º exame de correlação CD4/CD8 de 30 pacientes, onde o eixo X é a quantidade de pacientes e o eixo Y é o resultado do exame.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2023).

É observado que a maioria dos pacientes apresentam a correlação inferior ao normal < 1 no 1º resultado, no entanto, no 2º resultado percebe-se que os indicadores apresentam uma melhora no sistema imune das PVHIV atendidas na policlínica. A TARV foi administrada para que ocorra a normalização destas proporções invertidas no sistema imunológico, apresentando o aumento de células reguladoras (CD4) destes pacientes.

O gráfico representa que houve aumento significativo na contagem de células decorrente do sucesso terapêutico $p < 0,0001$ da maioria dos pacientes. Apenas três pacientes (4%) apresentaram diminuição da relação, onde 1 (paciente 15) destes pacientes não realizou as retiradas regulares do ARV, indicando falha na adesão a terapêutica. Os outros 2 pacientes (Pacientes 22 e 27) estavam com seus exames regulares e apresentaram a comorbidade sífilis.

Nove pacientes apresentaram melhora na relação, mas não atingiram valores da razão acima de 0,5, desses pacientes, 3 estavam com contagens de CD4 inferior a 200 células/mm³, ou seja, apresentavam AIDS. Os outros 6 pacientes estavam sem a Síndrome, sendo que 5 destes pacientes estavam com seus exames regulares e apenas 1 apresentou uma pequena queda no exame de CD4. Entretanto, estes 6 pacientes apresentavam alguma comorbidade como sífilis, HAS, tuberculose, herpes e outros problemas clínicos sintomáticos no período do estudo.

A razão CD4/CD8 é um prognóstico que indica a restauração imunológica do paciente, por isso, quando a correlação está abaixo do ideal é observado que o paciente não teve uma restauração imunológica ou essa restauração imune não foi devidamente apropriada, assim acarretando no esgotamento e na replicação das células T, no qual levam a perda da capacidade destes linfócitos T, responderem corretamente aos agentes infecciosos propiciando as infecções oportunistas ou ativação de infecções crônicas.

Ao realizarmos este estudo, observamos a importância do profissional de saúde na orientação ao paciente sobre a infecção, tratamento e da importância do acompanhamento para a sobrevivência destes pacientes, visto que é nítido os estigmas da população acerca desse problema de saúde, o qual interfere diretamente com a adesão ao tratamento.

O sucesso terapêutico da TARV depende primordialmente da adesão do paciente e ao uso adequado da TARV. Os parâmetros clínicos usados para caracterizar tanto o tratamento como a condição que o paciente se encontra são: a contagem de CV, CD4 e correlação CD4/CD8, sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde se certifiquem que os pacientes realizem todos os exames no período adequado, para assim, serem feitas as intervenções necessárias mantendo os níveis ideais de carga viral e contagens de células. No estudo é observado que alguns pacientes apresentaram RAMs, logo, é indispensável a atuação direta do farmacêutico no acompanhamento destes pacientes, para garantir a efetividade na adesão farmacológica.

6 CONCLUSÃO

- As PVHIV atendidas na policlínica, são predominantemente pardos, do sexo masculino, com idades entre 18 a 40 anos, em sua maioria solteiros e nascidos no Amapá com casos mais frequentes de pessoas com escolaridade de ensino médio completo. Houve predominância de PVHIV com orientação sexual homossexual, mas também uma quantidade significativa de pessoas heterossexuais, logo, os dados descritivos encontrados são em sua maioria de acordo com a literatura.
- Com exceção dos ARV, os medicamentos prescritos são em sua maioria profiláticos para infecções oportunistas e antibióticos para tratar comorbidades infecciosas.
- Menos da metade dos pacientes apresentaram RAM's sendo todas elas comuns e já descritas na literatura demonstrando que é essencial o acompanhamento do profissional farmacêutico para identificação desses eventos.
- Apenas 15% dos pacientes apresentaram AIDS, nenhuma infecção oportunista indicando sucesso terapêutico.
- A maioria dos pacientes que realizaram os dois exames de CV, CD4 e correlação CD4/CD8 apresentaram melhora nos resultados indicando adesão a terapia.
- É de suma importância a equipe multidisciplinar atuar diretamente na atenção básica dos pacientes, para que as PVHIV continuem tendo boa adesão a terapia, melhoras significativas do seu quadro clínico e diminuição das taxas de transmissão viral.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. *Imunologia Celular e Molecular*. 8ª Edição. Elsevier, 2015.

A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003. Acesso em: 10 maio 2022.

Aidsmap: Relação CD4/CD8 baixa prevê aumento do risco de câncer em pessoas com HIV – Agência AIDS. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/aidsmap-relacao-cd4-cd8-baixa-preve-aumento-do-risco-de-cancer-em-pessoas-com-hiv/>>. Acesso em: 3 abr. 2023.

AQUINO, R.L.; NETO, A.L.; VARGAS, L.S.; MAGANHOTO, A.M.S.; TEIXEIRA, N.F. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3533, 2 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a238453p3533-3534-2018>. Acesso em: 10 maio 2022.

BASTOS, F.I; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):65-76, 2000.

BARBOSA, Aline Sarah; RODRIGUES, Marcia; ROSA, Suellen Lara Guirra. **Atuação farmacêutica na adesão medicamentosa ao paciente com HIV/SIDA.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**" Unidade de Assistência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico de HIV. 9 abr. 2014. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>. Acesso em: 19 de abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Prefeitura Belo Horizonte. Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa vivendo com HIV. Belo Horizonte. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF; 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Síndrome retroviral Aguda e História Natural da Doença. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/1996/sindrome_retroviral_aguda_e_historia_natural_da_doenca.htm. Acesso em: 13 junho 2022. Brasília, DF; 2008.

BRITO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Celia Landmann. L.AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 34, p. 207-217, mar./abr. 2001.

BROJAN, L.E.; MARCA, L.M.; DIAS, F.A.; RATTMANN, Y.D. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Einstein (São Paulo). 2020;18:e AO4995.

CACHAY.EDWARD. **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A4ncia-humana-hiv>>. Acesso em 03 abr. 2023.

CARDOSO, André L. N.; CHAVES, Filipy A. V.; GOMES, Rafael F. **Aspectos relacionados ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com HIV/AIDS**. Research, Society and Development, v. 11, n. 15, e494111537721, 2022.

CAHN, Pedro; KROLEWIECKI, Alejandro. Infección por HIV: história natural.

DIAS, A.; NASCIMENTO, C.; BAHIA, S. **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA Fundada em 18 de fevereiro de 1808 Fatores preditivos do ganho de CD4 em pacientes infectados pelo HIV após início da terapia antirretroviral**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/35780/1/Ailida%20Dias%20Cheles%20Nascimento%20-%20Fatores%20preditivos%20do%20ganho%20de%20CD4%20em%20pacientes%20infectados%20pelo%20HIV%20ap%C3%B3s%20in%C3%ADcio%20da%20terapia%20antirretroviral.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2023.

DIRETRIZES para Organização da Rede de PEP | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-da-rede-de-pep>. Acesso em: 10 maio 2022.

FONSECA, Maria Goretti; BASTOS, Francisco Inácio; DERRICO, Monica; ANDRADE, Carla L. Tavares; TRAVASSOS, Cláudia; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **AIDS e grau**

de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Caderno de Saúde Pública 16 (suppl 1), Brasília, DF. 2000.

GALVÃO, Gimeniz.; TERESINHA, Marli.; GOUVEIA, Aline de Souza.; FIÚZA, Teles.; LUCIANA, Maria.; COSTA, Ênia. Reflexões de abordagem de terapia HIV/AIDS acerca da terapia antirretroviral. Rev Rene [en línea]. 2011, 966-972[fecha de Consulta 7 de Julho de 2022]. ISSN: 1517-3852. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978011>.

GARBIN, Cléa; GATTO, Renata; GARBIN, Artênio. **Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura.** 2017. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1787/pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

HISTÓRIA da aids - 1984 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em:

IRFFI, Guilherme; SOARES, Ricardo Brito; DE SOUZA, Sergio Aquino. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais sobre HIV/AIDS. *Economia*, Brasília (DF), v.11, n.2, p.333–356, mai/ago 2010.

JORGE CASTEJON, Márcia. **Performance evaluation of HIV infection diagnostic tests.** 1 abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/kpYxJCq8FLcMFBSrQ3596Nb/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. *Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 8. ed.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 20 de abril 2022.

MEXIA, Maria. **Controladores de Elite: O que os torna especiais? Revisão dos mecanismos de supressão natural da infecção por VIH-1.** 2013. 39 p. Dissertação / revisão bibliográfica de mestrado Universidade de Porto, Porto, 2013.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2013. 207 p. ISBN 9788575414231.

NASCIMENTO, Alba. Regulamentação de bulas: cenário atual dos medicamentos antirretrovirais no Brasil. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2018.

NUNES JUNIOR, Sebastiao Silveira; CIOSEK, Suely Itsuko. Terapia antirretroviral para hiv/aids: o estado da arte. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1103, 4 abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231267p1103-1111-2018>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MURPHY, K.; TRAVERS, P.; WALPORT, M. *Imunobiologia de Janeway, 7ª edição.* Porto Alegre, Artmed, 2010.

PRADO Z, Beatriz.; CRINITI, Rafael Antunes Moraes.; GERMEK, Ligia Campozana.; RIBEIRO, Ricardo Mastrangi. ASPECTOS IMUNOBIOLOGICOS DOS CONTROLADORES DE ELITE. **The Brazilian Journal of Infectious diseases**, v. 22, p. 57-58, dezembro 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.108>. Acesso em: 14 jun. 2022.

Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Plano nacional de enfrentamento da epidemia de aids e das DST entre gays, HSH e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2008. 36 p.

PROFILAXIA Pré-Exposição (PrEP) | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>. Acesso em: 10 maio 2022.

RECOMENDAÇÕES para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2007/recomendacoes-para-terapia-antirretroviral-em-adultos-infectados-pelo-hiv-2008>. Acesso em: 10 maio 2022.

SANTOS, N. S. D. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. *Virologia humana*. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2015.

SOUTO, Bernardinho. *Revista Médica de Minas Gerais - As duas primeiras décadas da AIDS: cenário e interações com a epidemiologia*. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1470>. Acesso em: 19 de abril 2022.

SABIN, Caroline A.; LUNDGREN, Jens D. The natural history of HIV infection. **Current Opinion in HIV and AIDS**, p. 1, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/coh.0b013e328361fa66>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SILVA, Edna Aparecida Alves. **Avaliação do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores do HIV, atendidos em unidade de emergência de alta complexidade**. 2017. PublishedVersion — Universidade de São Paulo, [s. l.], 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-10042018-115946/>. Acesso em: 7 jul. 2022.

SOUZA, H.C.; MOTA M.R.; RIBEIRO A.A.; ALVES A.R.; LIMA F.D.; CHAVE S.N. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS, *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019,72(5):1295-303. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 16 (supl 1):7-19, 2000.

TRIGO, Diva; COSTA, João Borges. Infecção VIH: Epidemiologia, História Natural e Diagnóstico. *Revista SPDV* 743(4) 2016; HIV: epidemiology, natural course and diagnosis. Dr. Véronique Avettand-Fenoel, Dr. Charlotte Charpentier, Dr. Benoit Visseaux. *Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Janeiro 2017.

UNAIDS. Global AIDS Update - Seizing the moment - Tackling entrenched inequalities to end epidemics. 2020.

UN HISTORIQUE du VIH et du sida. Disponível em: <https://www.catie.ca/fr/un-historique-du-vih-et-du-sida>. Acesso em: 19 de abril 2022.

APÊNDICE 1 – Documento de Coleta

AValiação DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIV ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DA UNIFAP	
DADOS EPIDEMIOLOGICOS	
Número de Registro: Cor/Raça:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: Estado civil:
Naturalidade:	Identidade de gênero: Orientação sexual:
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Curso Técnico <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação
Privada de liberdade:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Situação de rua: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Número de parceiros:
DADOS CLÍNICOS	
TARV:	Tempo de tratamento (meses): Número de retiradas:
Suspeita de RAM:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?
Conduta adotada:	<input type="checkbox"/> Troca de TARV <input type="checkbox"/> Suspensão TARV <input type="checkbox"/> Outros
Descrição:	

Suspeita de PRM: Sim Não Inefetividade _____ Segurança _____ Necessidade _____

Descrição:

Intervenção Farmacêutica: Sim Não

Se sim, quais?

Exames de carga viral em cópias/ml: 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____

Realizado em: Rede Pública Rede Privada

Contagem CD4+: 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____

Realizado em: Rede Pública Rede Privada

Comorbidades: Sim Não

Diabetes Hipertensão Depressão Problema cardíaco Artrite, artrose, reumatismo Doença do fígado Tireoide Rins Câncer
 Hepatites (B C) Outras doenças: _____

Infecções oportunistas durante acompanhamento: Sim Não Se sim, quais? _____

Internação: Sim Não Se sim, quanto tempo? _____

Outros medicamentos utilizados:

Nome comercial	Nome Genérico	Uso (esporádico ou contínuo)	Com prescrição médica?

Observações:

Fonte: Autoria própria

ANEXO 1 – Termo de Confidencialidade

MODELO DE TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, matrícula nº _____, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas constantes nos manuais de serviço e prontuários da Policlínica da UNIFAP.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me: 1. A não utilizar QUAISQUER informações (Técnicas Administrativas ou Gerenciais), confidenciais ou não, a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação a que tiver acesso; 3. A não apropriar para mim ou para outrem de QUALQUER material técnico, gerencial ou administrativo que venha a ser disponível; 4. A não repassar o conhecimento das informações, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações,

por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo ou confidencialidade de todas as informações

fornecidas. 5. Em cuidar para que as informações confidenciais fiquem restritas ao conhecimento tão somente das pessoas que estejam diretamente envolvidos nas discussões, análises, reuniões e negócios, devendo cientificá-los da existência deste Termo e da natureza confidencial destas informações. Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada por meio do manual de serviço, excetuando-se deste os níveis permitidos pelo fabricante para os quais o hospital tenha sido

treinado. Informação inclui, mas não se limita, à informação relativa às documentações técnicas, relatórios técnicos, operações, instalações, equipamentos, segredos de negócio,

segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, sistemas, softwares, bases de dados, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados nos manuais de serviço. Não constituirá “Informação” ou “Informação Confidencial” para os propósitos deste Termo aquela que: a. Seja de domínio público no momento da revelação ou após a revelação, exceto se isso ocorrer em decorrência de ato ou omissão da Parte Receptora; b. Já esteja em poder da Parte Receptora, como resultado de sua própria pesquisa, contanto que a Parte Receptora possa comprovar esse fato; c. Tenha sido legitimamente recebida de terceiros; d. Seja revelada em razão de uma ordem

válida ou de uma ordem judicial, somente até a extensão de tais ordens, contanto que a Parte Receptora tenha notificado a existência de tal ordem, previamente e por escrito, à Parte Reveladora, dando a esta, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabíveis; e. Tenham sido objeto de treinamento dos profissionais do hospital.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Macapá, _____ de _____ de 2022.

Nome/Assinatura/Carimbo

ANEXO 2 – Carta de aprovação do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIV ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DA UNIFAP

Pesquisador: Mayara Amoras Teles Fujishima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63359922.8.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.659.210

Apresentação do Projeto:

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é considerada um problema de saúde pública, desde o início da epidemia até os dias atuais, e está relacionado a múltiplos fatores clínicos e epidemiológicos. É evidente as mudanças globais em relação ao controle da propagação do Vírus da imunodeficiência humana (HIV), o conhecimento das transformações nos perfis epidemiológicos e clínicos são fundamentais para traçar metas específicas, objetivando a melhoria na qualidade dos atendimentos, condutas dos profissionais da saúde, ações de prevenção e promoção à saúde e no controle da saúde do coletiva. Através deste estudo temos como objetivo analisar e descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes portadores do HIV atendidos na policlínica da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), avaliar as prescrições farmacológicas, as intervenções farmacêuticas, avaliar a adesão aos antirretrovirais baseados em critérios clínicos destes pacientes. Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado na policlínica da unidade básica de saúde da universidade federal do Amapá a partir de janeiro de 2022. Ao final deste trabalho, espera-se levantar indicadores epidemiológicos, clínicos e terapêuticos possibilitando o acompanhamento e avaliação do serviço na unidade e, desta forma, subsidiando a tomada de decisões pelos gestores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever e analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de HIV atendidos na policlínica da UNIFAP.

Descrever o perfil epidemiológico

dos pacientes. Objetivo Secundário:

Analisar o perfil clínico dos pacientes.

Avaliar as prescrições farmacológicas desses pacientes. Descrever e Avaliar Reações Adversas a Medicamentos (RAM)

Descrever e avaliar os Problemas Relacionados a medicamentos (PRM) Descrever e avaliar as intervenções farmacêuticas realizadas nesses pacientes. Avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais baseados em critérios clínicos. Identificar e selecionar indicadores para acompanhamento do serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe a possibilidade de ocorrer danos morais aos sujeitos da pesquisa em questão, caso os resultados dos exames laboratoriais ou as informações contidas nos seus cadastros sejam divulgados de forma inadequada. Para evitar tais danos, a identidade deles será mantida em sigilo, pois os pacientes não serão identificados por seus nomes, apenas pelo número de registro do sistema, assegurando assim a privacidade dos envolvidos na pesquisa. Além disso, todos os investigadores assinarão termo de confidencialidade padrão da farmácia (Anexo 1) Salienta-se que no momento do cadastro dos pacientes no sistema é gerado um código identificador do paciente permitindo o levantamento das informações e seus respectivos resultados de exames sem a necessidade de identificação nominal.

Benefícios:

Conhecer o perfil epidemiológico da população acometida pelo agravo o que permite a elaboração de campanhas educativas mais específicas e direcionadas para este público, bem como auxilia no desenvolvimento de estratégias para melhor atender estes pacientes. Será possível avaliar o serviço prestado na atenção básica e selecionar indicadores que permitam o acompanhamento e avaliação contínua do serviço em vista de ampliar o serviço no estado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2009035.pdf	09/09/2022 18:35:52		Aceito
Declaração de concordância	concordancia_policlinica.pdf	09/09/2022 18:30:02	Mayara Amoras Teles Fujishima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HIV.pdf	09/09/2022 18:26:38	Mayara Amoras Teles Fujishima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/09/2022 17:07:03	Mayara Amoras Teles Fujishima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 22 de
Setembro de 2022

Assinado por:

**Cecilia Maria Chaves
Brito Bastos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02, Marco Zero

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPA

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br