



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, CLÍNICO E LABORATORIAL DE
PACIENTES COM HIV/AIDS NO CENTRO-SUL DA
BAHIA/BRASIL: ACOMPANHAMENTO E ADESÃO À TERAPIA.**

VANESSA CRISTINA TEIXEIRA

**Goiânia
2015**



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, CLÍNICO E LABORATORIAL DE
PACIENTES COM HIV/AIDS NO CENTRO-SUL DA
BAHIA/BRASIL: ACOMPANHAMENTO E ADESÃO À TERAPIA.**

VANESSA CRISTINA TEIXEIRA

Orientadora: Prof. Dr^a Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Goiânia
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, que durante todo o processo compreenderam a importância desse momento e de forma incondicional ofereceram o seu apoio e carinho tão necessários ao meu caminhar.

A Carol e Arthur que com a inocência, peculiar da infância, compreenderam as minhas necessidades momentâneas de ausência e com a alegria de um sorriso me incentivaram a prosseguir sem cansar.

T266p Teixeira, Vanessa Cristina
Perfil socioeconômico, clínico e laboratorial de pacientes
com HIV/AIDS no centro-sul da Bahia/Brasil [manuscrito]
: acompanhamento adesão à terapia / Vanessa Cristina
Teixeira.-- 2015.
55 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação STRICTO
SENSU em Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, 2015

Inclui referências

1. Cuidados médicos ambulatoriais - (subd. geog.).
2. AIDS (Doença) - Tratamento. 3. HIV (Vírus). 4.
Epidemiologia. I. Pfrimer, Irmtraut Araci Hoffmann.
II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.
Titulo.

CDU: 616.98:578.828HIV(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 17 DE AGOSTO DE 2015 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer
Prof. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer / PUC Goiás (Presidente)

2) Marcus de Almeida Gomes
Prof. Dr. Marcus de Almeida Gomes / UNEB (Membro Externo)

3) Rodrigues
Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho / PUC Goiás (Membro)

4) _____
Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Jr. / PUC Goiás (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço Ambulatorial Especializado de Guanambi, pelo apoio à pesquisa, colaboração e receptividade.

À Secretaria de Saúde de Guanambi pelo apoio institucional.

Aos meus companheiros de Viagem Neyla Ladeia e Mauro Ribeiro que me incentivaram a cumprir este projeto de vida,

Ao amigo Marcius Gomes que viu a semente deste projeto e me abriu cominhos para os resultados finais deste processo.

Ao colega Janderson Leão, que me apoiou neste projeto e me orientou em muitas tardes de domingo.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e carinho manifestados de diversas formas.

A minha Orientadora Prof^a Dr^a Irmtraut Araci Hoffmann Efrimer, mulher forte, que de forma serena me mostrou que as dificuldades da vida são sempre superáveis.

A Deus, Senhor do meu destino.

RESUMO

TEIXEIRA, V.C. **Perfil socioeconômico, clínico e laboratorial de pacientes com HIV/aids no centro-sul da Bahia/Basil: Acompanhamento e adesão à terapia.** 2015. 57p. Dissertação - Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

O Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) foi instituído para atuar no acompanhamento e tratamento de portadores de HIV/AIDS e constitui-se em importante fonte de dados epidemiológicos. Com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico, clínico e laboratorial dos usuários do SAE no município de Guanambi – BA, foi realizado estudo transversal, descritivo e analítico. Este estudo foi realizado em 68 indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV que estavam matriculados entre 2008 e 2013 no serviço de saúde ambulatorial de Guanambi- Bahia. Os dados foram coletados de prontuários médicos e incluiu a motivo para realização do teste de HIV, o estado clínico e contagem de linfócitos T CD4 + periféricos no momento da inscrição. Os dados foram divididos em dois grupos, de acordo com o ano de admissão do paciente - P1 (2008-2010) e P2 (2011-2013) - para análise comparativa das variáveis de interesse. O motivo para passar por testes de HIV diferiu entre os sexos. Na população masculina, a maioria dos testes foi realizado devido a presença de sintomas sugestivos de infecção, enquanto na feminina motivo do teste foi igualmente dividido entre sintomas sugestivos e o da revelação do diagnóstico de soropositividade do parceiro. A categoria de exposição Bissexualidade e Homossexualidade atingiu 25% do grupo masculino. Os homens foram admitidos em pior estadiamento clínico que as mulheres, apresentaram uma resposta clínica ao tratamento inferior ao grupo feminino e uma adesão à terapia mais baixa. A efetividade do serviço CTA/SAE municipal teve melhora no segundo período, com um maior número de pacientes matriculados, diagnóstico com fases mais precoces da infecção e maior procura dos pacientes de outros municípios. Conclusão: Apesar das constantes ações do Ministério da Saúde em educação e prevenção na área de HIV/AIDS os pacientes ainda estão tendo seu diagnóstico realizado em fases avançadas da doença. Existe a necessidade de trabalhar o grupo de pacientes do sexo masculino pela equipe multidisciplinar, observando suas especificidades, para que haja melhor adesão à terapia antiretroviral e melhor índice de negatificação viral.

Palavra chave: AIDS, epidemiologia, Assistência ambulatorial, carga viral, adesão à medicação.

ABSTRACT

TEIXEIRA, V.C. **Socioeconomic, clinical and laboratory profile of patients with HIV / AIDS in south-central Bahia / Basil: Monitoring and adherence to therapy.** 2015. 57p. Dissertation - Master in Environmental and Health Sciences, University of Goiás, Goiânia.

The Outpatient health care Service (SAE) was established to operate in the monitoring and treatment of HIV / AIDS and constitutes an important source of epidemiological data. In order to identify the epidemiological, clinical and laboratory users of SAE in the city of Guanambi - BA, it was a cross-sectional, descriptive and analytical study. This study was conducted in 68 subjects with confirmed serological diagnosis of HIV infection who were enrolled between 2008 and 2013 in the outpatient health care service Guanambi- Bahia. Data were collected from medical records and included the reason for conducting the HIV test, clinical status and T lymphocyte count CD4 + peripheral at registration and during treatment. The data were divided into two groups, according to year of admission of the patient - P1 (2008-2010) and P2 (2011-2013) - for comparative analysis of the variables of interest. The reason to undergo HIV testing differed between the sexes. In the male population, most of the tests was carried out due to the presence of symptoms suggestive of infection, while in the female test subject was divided equally between symptoms suggestive and the revelation of the partner's seropositivity diagnosis. The Bissexualidae and Homosexuality exposure category reached 25% males. The men were admitted to worse clinical stage than women, they showed a clinical response to treatment lower than the females and a membership to the lowest therapy. The effectiveness of CTA / SAE municipal service had improved in the second period, with a greater number of enrolled patients diagnosed with the early stages of infection and increased demand for patients from other municipalities. Conclusion: Despite constant Ministry of Health action in education and prevention in the field of HIV / AIDS patients are still being diagnosed conducted in advanced stages of the disease. There is a need to work the group of male patients by a multidisciplinary team, observing their specific, so there is better and better adherence to antiretroviral viral negativity index therapy.

Keyword: AIDS, epidemiology, Ambulatory care, viral load, adherence to medication.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - **Distribuição de patologias associadas à admissão do paciente.** 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com a variável sexo	35
Tabela 2 -	Contagem de células CD4+ e de carga viral dos pacientes nos momentos: admissão, pré tratamento e última coleta.	38
Tabela 3 -	Comparação do período de matricula em relação às variáveis	39
Tabela 4 -	Comparação das variáveis em relação à variável última carga viral.	40

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACTG	<i>AIDS Clinical Trial Group</i>
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AZT	Zidovudina
CCR5	<i>C-C chemokine receptor type 5</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CXCR4	<i>C-X-C chemokine receptor type 4</i>
DDI	Didanosina
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
FACS	<i>Fluorescent antibody cell sorting</i>
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-III	<i>Human T lymphotropic virus type III</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAV	<i>lymphadenopathy-associated virus</i>
LTR	<i>Long Terminal Repeats</i>
RNA	Ácido Ribonucleico
RT	Transcriptase Reversa
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIV Vírus da Imunodeficiência Símia
TARV Terapia Antiretroviral
UDI Usuário de drogas injetáveis
UNAIDS *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 Aspectos históricos e o vírus do HIV.....	10
2.2 Epidemiologia da infecção e transmissão	13
2.3 Manifestações clínicas.....	16
2.4 Acompanhamento do paciente infectado pelo HIV	18
2.4.1 Contagem de células CD4.....	18
2.5 Terapia anti-retroviral: adesão ao tratamento e redução da carga viral plasmática	19
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo do estudo	26
4.2 População e amostra	26
4.3 Local e data da coleta de dados	27
4.4 Instrumentos.....	27
4.5 Procedimentos	27
4.6 Análise dos dados	28
5 PUBLICAÇÕES	29
Artigo 1 - Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes com mais de 13 anos de idade vivendo com HIV/AIDS no Centro Sul da Bahia.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46

REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	52
Apêndice 1- instrumento de coleta de dados	52

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da UNAIDS (2013) 35.3 milhões de pessoas vivem com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) no mundo, sendo que ocorrem 2.300.000 casos de novas infecções ao ano em adultos e 260.000 novos casos em crianças, mais de 90% destas crianças contraíram o vírus através de suas mães soropositivas antes ou durante o parto ou através da amamentação. Mais de 8 milhões de crianças perderam a mãe por AIDS, antes dos 15 anos, e muitos deles também perderam o pai. A AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) tem sido a *causa mortis* de 1.600.000 pessoas no mundo.

A AIDS tornou-se a grande pandemia do século XX, e a relevância futura sobre a propagação desta doença torna-se um fardo significativo nos sistemas de saúde, sobrecarregados para os países mais afetados.

Muitos fatores são afetados pelo impacto da AIDS. Este impacto não se limita exclusivamente as estatísticas de saúde. Também representa um sério problema econômico, dado o elevado custo da assistência médica para os pacientes. Por sua vez, a AIDS tem um impacto social na vida dos indivíduos acometidos, bem como, no comportamento e nos hábitos de vida diária (AGGLETON, 2003).

As más condições de vida, dificuldades para assegurar um acesso contínuo aos sistemas de saúde e falta de educação para grande parte da população, favorecem para o crescimento incessante da epidemia (GALVÃO, 2002).

Partindo do ponto de vista científico, é preciso reconhecer que o progresso tem sido feito na compreensão da patogênese da infecção, os mecanismos de dano imunológico, formas clínicas, a sua evolução ao longo do tempo e na prevenção e tratamento de muitas infecções oportunistas que são a causa comum de morte de pacientes. A utilização de fármacos anti-retrovirais melhorados prolongou a sobrevivência de muitos pacientes (BRASIL, 2013).

Mas a realidade é que a doença ainda não tem cura, e por esta razão, a luta deve ser concentrada em esforços de prevenção adequada contra a AIDS. A educação é a chave para conscientizar a população, evitando novos casos e deve ser reforçada nos sistemas de saúde (NAVARRO, 2004).

Os países que não implementaram campanhas antes do aparecimento dos primeiros casos da doença estão pagando um alto preço em vidas humanas perdidas. As campanhas têm colocado ênfase especial aos aspectos preventivos. As campanhas devem trazer as pessoas uma mensagem clara e direta que não deixa dúvidas sobre

comportamentos de risco relacionados à exposição ao vírus do HIV, como também, as formas de evitar uma possível infecção pelo mesmo (BRASIL, 2013).

Dessa forma, pretendemos a partir deste estudo descrever o perfil da nossa clientela, podendo planejar ações mais efetivas, visando aumentar a taxa de detecção da doença em Guanambi-Bahia e região, dirigindo recursos para os municípios e grupos populacionais mais específicos, aumentando também a adesão à terapêutica instituída, reduzindo a carga viral plasmática e a taxa de transmissão da doença.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos históricos e epidemiologia da infecção pelo HIV

Os primeiros relatos da AIDS foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, após notificação ao *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (fungo a qual intitulação foi atualmente modificada para *Pneumocystis Jirovecii*) em homossexuais do sexo masculino, anteriormente saudáveis, sugerindo a possibilidade de uma disfunção celular-imune associada a um risco comum (homossexualidade ou Doenças Sexualmente Transmissível) que predisponha os indivíduos a infecções oportunistas, tais como pneumocistose e candidíase (GOTTLIEB, MS, 1981).

Em 1981 foi evidenciado o aumento da incidência de sarcoma de Kaposi em 26 homossexuais masculinos, com óbito pouco tempo após o diagnóstico, a doença foi frequentemente associada a outras doenças infecciosas, como Pneumocistose, toxoplasmose cerebral e anticorpos contra citomegalovírus, sendo então emitido alerta orientando notificação destas doenças. Posteriormente, surgiram-se novos casos entre hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, presumindo-se haver uma causa infecciosa para a síndrome (FRIEDMAN-KIEN et al, 1981).

No início de 1983, um novo retrovírus humano denominado *lymphadenopathy associated virus* (LAV), foi isolado no Institut Pasteur (Paris, França) pelo pesquisador Luc Montaigner a partir de cultura derivada da amostra de biópsia de linfonodo em um paciente com linfadenopatia generalizada. Simultaneamente nos Estados Unidos, foi também identificado pelo pesquisador Robert Gallo, recebendo o nome de HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III). Dentro de um ano, vírus semelhantes foram isolados a partir de outros pacientes com AIDS e um teste sorológico foi desenvolvido para realizar grandes estudos soro epidemiológicos, o que confirmou que o HIV era o agente etiológico da AIDS (CAIAFFA, 2003; BARRÉ-SINOUSI; ROSS; DELFRAISSY, 2013).

Desde que o HIV-1 foi descoberto, as razões para o seu aparecimento súbito, a disseminação da epidemia, e sua patogenicidade têm sido um assunto de intenso estudo. A primeira pista veio em 1986, quando um vírus morfológicamente semelhantes ao HIV-1 mas antigenicamente distinto foi encontrado como causa da AIDS em pacientes na África Ocidental. Curiosamente, este novo vírus, denominado Vírus da

Imunodeficiência Humana Tipo 2 (HIV-2), foi apenas distantemente relacionado ao HIV-1, mas estava intimamente relacionado com um vírus que causava imunodeficiência em macacos em cativeiro (Clavel et al 1986). Da mesma forma, tornou-se claro que o HIV-1 e HIV-2 foram o resultado de transferências zoonóticas de vírus que infectam primatas na África, denominados Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV). As análises filogenéticas e estatísticas indicam que a pandemia de HIV-1 primeiro surgiu na África central e se espalhou por cerca de 50 a 70 anos antes de ter sido reconhecida. O local provável do início da epidemia também tem sido identificado. Estudos epidemiológicos têm indicado que o HIV-1 provavelmente teve seus primeiros casos ocorridos na área ao redor Kinshasa, então chamado Leopoldville (GALVÃO, 2000; SHARP; HAHN, 2011).

O HIV Pertence à família Retroviridae, na subfamília Lentivirinae, possui aproximadamente 100 nm de diâmetro, é envelopado, apresentando em sua superfície uma membrana lipídica oriunda da membrana externa da célula do hospedeiro e duas glicoproteínas (gp41 e gp 120). Internamente a essa membrana, está a matriz protéica e o capsídeo viral. O material genético, assim como o tRNA e as enzimas necessárias para os primeiros eventos da replicação viral, encontram-se dentro do capsídeo viral. O genoma do HIV, de aproximadamente 10kb, contém nove genes e duas regiões denominadas LTR (Long Terminal Repeats), onde estão presentes elementos de controle para integração, transcrição e poliadenilação dos RNA mensageiros. Caracteriza-se por possuir duas fitas simples de ácido ribonucleico (RNA) que são transcritas pela ação da transcriptase reversa (RT) viral em ácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla que, por sua vez, é integrado ao genoma celular pela ação da integrase viral, passando a ser nomeado de provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais. Ocorre, então, a montagem do vírus e, posteriormente, a gemulação. As principais células infectadas são linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou *T-helper*) e macrófagos (SABINO; SAÉZ-ALQUEZAR, 1999; RIGATO; CASSEB, 2010).

Estes vírus são inativados por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até no máximo um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias em temperatura ambiente, ou até 11 dias a 37°C. (BRASIL, 2010)

Após entender o ciclo de replicação viral, ficou claro que a molécula de CD4 não poderia ser o único receptor do HIV, isto porque existiam células suscetíveis à infecção viral que não apresentavam CD4 em sua superfície. Posteriormente foi descoberto que as moléculas CXCR4 e CCR5 eram os co-receptores do vírus. Isto explica o fato de alguns indivíduos serem naturalmente resistentes a infecção pelo HIV por possuírem deleção no gene CCR-5, assim como explica a progressão lenta para a AIDS em indivíduos heterozigotos para este gene (SABINO; SAÉZ-ALQUEZAR, 1999).

O primeiro ensaio imunoenzimático para diagnóstico da infecção por HIV surgiu no mercado em 1984 e, desde então, sua sensibilidade e especificidade vêm sendo aumentadas. Os testes rápidos para HIV costumam ter uma sensibilidade próxima ou um pouco menor do que os testes de terceira geração de ELISA (RIGATO; CASSEB, 2010).

Após conhecimento científico sobre o vírus HIV e seu ciclo de replicação, foi possível iniciar o desenvolvimento de drogas para tratamento da doença, sendo a primeira destas lançada em 1987 sendo registrada com o nome de zidovudina (AZT). Desde então a terapia da AIDS tem evoluído, sendo atualmente disponibilizado 22 diferentes drogas divididas em 06 classes terapêuticas, com investimento anual de 900 milhões de dólares pelo ministério da Saúde (RIGATO; CASSEB, 2010; BRASIL, 2013).

Os avanços no estudo da fisiopatogenia da infecção pelo HIV permitiram formulações de estratégias terapêuticas capazes de melhorar a função imunológica dos pacientes, assim como controlar a replicação viral, sendo feito regularmente, pelo Ministério da Saúde, padronização de esquemas terapêuticos para virgens de tratamento e terapia de resgate, usando combinações das drogas disponíveis, buscando otimizar o tratamento e aumentar a taxa de sucesso terapêutico. Hoje, não há dúvida que as drogas anti-retrovirais são capazes de controlar a carga viral e impedir o avanço da destruição do sistema imune pelo HIV, além do aumento da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes em tratamento. Estima-se um aumento da sobrevida de 108 meses de acordo com os últimos estudos em pacientes adequadamente tratados (BRASIL, 2013)

2.2 Epidemiologia da infecção e transmissão

Inicialmente, a epidemia surgiu nos Estados Unidos, Europa e outros países industrialmente desenvolvidos, como também na África Subsaariana. Com o passar dos anos, expandiu-se com focos epidêmicos em todos os continentes, identificando assim, mais de 150 países com doença notificada (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o final de 2013 foram detectados de mais de 35 milhões de infectados em todo o mundo, tendo sido referidos mais de 1,6 milhões de óbitos por AIDS. Além disso, 90% dos casos centralizam-se nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, com recursos insuficientes ou precários para combater a pandemia (UNAIDS, 2013).

No Brasil, em meados dos anos 80, a epidemia atingia principalmente indivíduos homossexuais, como também, bissexuais do sexo masculino, raça branca e de classe socioeconômica média ou alta, os quais eram residentes das grandes cidades. Gradualmente, as outras classes socioeconômicas foram sendo impactadas pela infecção do HIV, dentre elas: homens heterossexuais, mulheres e crianças. (RACHID; SCHECHTER, 2005).

Em 1985, para cada caso novo de AIDS em mulher existiam 24 casos novos em homens (1:24), sendo que em 2013 para cada dez casos novos de infecção pelo HIV em mulher havia dezoito casos novos em homens (1:1,8). Cumpre ressaltar que no Brasil os dados referentes à infecção pelo HIV são subnotificados e que, portanto, desconhece-se a real situação epidemiológica dos indivíduos assintomáticos infectados pelo vírus, grande parte das informações acessíveis no sistema refere-se a casos de AIDS notificados, isto é, que desenvolveram a síndrome da imunodeficiência (PINTO et al, 2007; BRASIL, 2014). Porém, em 06 de junho de 2014 foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a portaria ministerial nº 1271, definindo que devem ser de notificação obrigatória todo caso de infecção por HIV, inclusive os assintomáticos, que ainda não desenvolveram o quadro de AIDS, visando com esta estratégia ter um melhor dimensionamento do número de portadores do vírus no território nacional (BRASIL, 2014).

Até junho de 2013, o Ministério da Saúde notificou 734 mil casos de AIDS no Brasil. Referente a esse total, 491.747 (65%) foram verificados em homens e 72.719 (35%) em mulheres. A taxa de prevalência nacional foi de 0,4%. A maior concentração

dos casos de AIDS no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54,0% e entre as mulheres 50,3% do total de casos (BRASIL, 2014).

Gestantes também tem sido motivo de atenção no cenário nacional, com a obrigatoriedade do teste de HIV no pré natal, de 2000 a 2014 foram notificadas 84.558 casos de gestantes infectadas pelo HIV, a sua maioria na faixa etária de 20 a 29 anos, em contraste, a taxa de detecção em menores de 05 anos caiu 37.5% nos últimos 10 anos, evidenciando o efeito positivo da estratégia de detecção da doença no pré natal e profilaxia para crianças exposta (BRASIL, 2014).

Apesar da política de solicitação de testagem obrigatória para HIV no pré-natal, em estudo realizado na Bahia em um hospital de referência na capital, 35,6 % das pacientes com HIV foram diagnosticadas apenas após a sua admissão na maternidade durante o trabalho de parto e destas, somente 10% recebeu profilaxia adequada com antiretrovirais, mostrando falhas importantes no seguimento das gestantes do estado. (NOBREGA, 2010).

No Brasil, a proporção de casos de AIDS atribuíveis à transmissão homossexual e bissexual caiu de aproximadamente 79% em 1980 para 10,5 % em 2014. Porém tem voltado a aumentar nos últimos anos em algumas regiões do país, sendo que na região sudeste mais da metade dos casos se encontram nesta categoria. (KERR, 2009; BRASIL, 2014).

No que se refere a crescente prevalência da AIDS em adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 13 e 19 anos, um achado importante e preocupante, o fato tem sido relacionando ao início precoce das práticas sexuais de mulheres com homens de maior experiência sexual, sendo que estes, por sua vez, encontram-se mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo vírus do HIV (BRASIL, 2014).

Em outro estudo realizado por Campos (2014) com adolescentes portadores de HIV foi observada uma relação direta entre baixo nível de escolaridade com menor índice de uso de preservativo com parceiro fixo, maior frequência de uso de drogas e aquisição de outras DSTs, destacando a necessidade de investimento em educação como fator importante na prevenção da infecção nesta faixa etária .

Na Bahia, Pereira (2014) demonstrou a associação entre a infecção por HIV em adolescentes e o consumo de drogas e ingestão de bebidas alcoólicas em grande quantidade. Neste mesmo grupo estudado, evidenciou que entre os parceiros fixos

existiu a associação entre infecção pelo HIV e companheiro usuário de drogas e portador de DSTs/HIV. Isto mostra que o comportamento social inadequado com grande uso de bebidas alcoólicas na adolescência tem aumentado a vulnerabilidade desta faixa etária, predispondo à infecção precoce por HIV.

Associados ao padrão de transmissão grandes mudanças ocorreram ao longo da pandemia, uma vez que inicialmente, eram frequentes por transmissão homossexual do sexo masculino e pelo compartilhamento e uso de agulhas que teriam contato prévio com o sangue contaminado, entretanto, nos dias atuais a maioria das infecções ocorrem por transmissão heterossexual. (GRANGEIRO, 2010; BRASIL, 2014;).

De acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde em 2014, nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre HSH e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Pela primeira vez foi citado dados estatísticos relacionado a usuários de crack, onde se encontrou uma prevalência de 5,0% em levantamento realizado mediante uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde/Fiocruz no ano de 2013. (BRASIL, 2014).

Para Rachid e Schechter (2008), o diagnóstico mais precoce dos casos de AIDS e da infecção pelo HIV e o acesso às profilaxias das infecções oportunistas contribuíram ainda para a redução da morbimortalidade, sendo notável a desaceleração nas taxas da incidência de AIDS no conjunto do País, a despeito da manutenção das principais tendências da epidemia: heterossexualização, feminização, interiorização, envelhecimento e pauperização do paciente.

De acordo com o boletim epidemiológico de 2013, do total de 709.477 casos de AIDS reconhecidos no Brasil desde 1980 até junho de 2013, 64.268 (9,1%) foram notificados de acordo a definição de caso pelo parâmetro de óbito, 43.184 (67,2%) no sexo masculino e 21.079 (32,8%) no sexo feminino. Nos últimos dez anos, tem-se analisado uma tendência de diminuição na proporção de casos notificados por esse parâmetro em ambos os sexos (BRASIL, 2013).

O tratamento para AIDS no Brasil é mais eficiente que a média global. As mortes em decorrência do vírus HIV caíram a uma taxa anual de 2.3% entre 2000 e 2013, enquanto a média global apresenta queda de 1,5% ao ano. (BRASIL, 2014)

2.3 Manifestações clínicas

A AIDS foi inicialmente identificada pelos procedimentos de vigilância epidemiológica, os quais identificam vários casos de infecções incomuns e de sarcoma de Kaposi em homens sem causas aparentes e imunodeficiência. Desde então, inúmeras definições foram estabelecidas e sistemas de estágios foram propostos, sempre baseados em doenças “definidoras”, utilizando infecções como critério. Por essa razão, toda a atenção concentrou-se em doenças que são incomuns em indivíduos imunocompetentes, as chamadas infecções oportunistas (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Por esse ponto de vista, o patógeno define o estágio e o diagnóstico de AIDS. Isso culminou em um olhar restrito da infecção pelo HIV, isto é, que somente as infecções oportunistas seriam importantes e que iriam desenvolver-se próximo ou no momento do diagnóstico de AIDS. Entretanto, a história natural da infecção pelo HIV se define por uma progressiva imunodeficiência e várias infecções causadas por patógenos agressivos (por exemplo, *S. pneumoniae*, *Salmonella spp.* e *M. tuberculosis*), comuns em indivíduos imunocompetentes, estão claramente associadas à infecção pelo HIV, podendo causar considerável morbidade da doença. Logo, do ponto de vista do manejo clínico, restringir-se a classificações e sistemas de estágios baseados em manifestações oportunistas é desprezar-se de um elevado número de condições causadoras de morbidade e letalidade para os indivíduos infectados pelo HIV. Deve-se, então, considerar a infecção pelo HIV como um prenúncio de problemas, desde uma fase inicial até uma fase avançada, com manifestações clínicas que se tornam mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência (RACHID; SCHECHTER, 2008).

O guia de Vigilância Epidemiológica (2010) aborda a respeito do risco de doenças oportunistas estarem diretamente relacionadas à contagem de CD4. Uma vez que pacientes com CD4 maior que 500 possuem o sistema imune relativamente preservado, podendo apresentar candidose vaginal de repetição, pneumonia bacteriana, e tuberculose pulmonar clássica, apical. Linfadenopatia generalizada persistente (adenopatia por ao menos 3 meses em dois sítios extra-inguinais) é comum nesse grupo, frequentemente acometido por afecções cutâneas (foliculite, impetigo, eczemas, celulites e hidroadenites).

Com CD4 entre 200 e 500, estende-se o prenúncio de complicações, incluindo pneumonias bacterianas, tuberculose pulmonar clássica (particularmente em suas formas disseminadas), herpes zoster, candidose orofaríngea, criptosporidiose autolimitada, sarcoma de Kaposi e leucoplasia pilosa oral. Dentre as causas não-infecciosas enquadra-se: neoplasia cervical intra-epitelial, câncer cervical, linfoma de células B, mononeuropatia múltipla, púrpura trombocitopênica idiopática, linfoma de Hodgking e pneumonite intersticial linfocítica (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Com CD4 inferior a 200, intensifica-se o déficit imunológico, aparecendo assim, outras infecções: pneumocistose, histosplasmose, tuberculose miliar ou extrapulmonar, leucoencefalopatia progressiva, síndrome consumptiva do HIV (associação de febre e diarreia por mais de 30 dias e perda ponderal acima de 10% do peso basal), neuropatias periféricas, demência relacionada ao HIV, miocardiopatia, mielopatia vacuolar polirradiculopatia progressiva. Nesse grupo, episódios de febre associados a um marcado catabolismo possivelmente se devam à infecção oportunista (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Em doença avançada (CD4 menor que 100), geralmente aparecem herpes simples disseminado, criptosporidiose crônica, microsporidiose e candidose esofágica; com CD4 inferior a 50, citomegalovirose disseminada e microbacteriose atípica disseminada (infrequente em nosso meio). Nesse estágio de imunossupressão, as manifestações neurológicas são marcantes, destacando-se o complexo de demência associado ao HIV, encefalite por toxoplasmose, criptocose, linfoma do sistema nervoso central e leucoencefalopatia multifocal progressiva. No sistema digestivo, úlceras esofágicas e colites causadas por citomegalovírus são frequentes, assim como as infecções por micobactérias (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

O Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) possui uma categorização de HIV/AIDS baseada na menor quantificação de CD4+ documentada e na presença de condições relacionadas ao HIV previamente diagnosticadas. De acordo com o CDC (2014), esta classificação pode ser bastante útil para a caracterização do início da doença. Indivíduos classificados nos estágios 3 e 4 são considerados como tendo AIDS:

Estágio 0: Paciente com infecção recente, tendo teste prévio negativo para HIV e estando nos 6 primeiros meses de infecção pelo vírus, independente da contagem de CD4+.

Estágio 1 : Ausência de doenças definidoras de AIDS e CD4 acima de 500 células.

Estágio 2: Ausência de doenças definidoras de AIDS com CD4 entre 200 e 499 células;

Estágio 3: CD4 abaixo de 200 células ou presença de doenças definidoras de AIDS.

Estágio 4 (desconhecido): Paciente sem contagem de células CD4 de paciente, apresentando doença definidora de AIDS.

2.4 Acompanhamento do paciente infectado pelo HIV

2.4.1 Contagem de células CD4

Associado à carga viral, a contagem de células CD4 é o exame ideal para o estadiamento clínico, sendo importante preditor de progressão de doença e morte. Além disso, tem sido essencial para avaliar a elegibilidade do início da terapia antiretroviral, uso da profilaxia das infecções oportunistas e monitoramento da resposta terapêutica (BRASIL, 2010).

Os valores regulares de linfócitos T-CD4 encontram-se entre 800 a 1.050 células/mm³, podendo alternar entre 500 a 1.400 células/mm³, o que depende dos valores de referência de cada laboratório. A instrução é que o exame seja repetido a cada 3 a 4 meses quando o CD4 for < 350 células/mm³, e a cada 3 a 6 meses com valores maiores. (BRASIL, 2013).

A citometria de fluxo tem se considerado a técnica padrão para analisar os níveis de CD4, porém métodos alternativos de menor custo e de maior comodidade para coleta em locais de difícil acesso vêm sendo testados, como a coleta em papel filtro, apresentando bom resultado (MWABA, 2003).

Com o intuito de evitar alternâncias de um exame para outro no mesmo paciente e para uma melhor avaliação do estágio imunológico em crianças, pode-se utilizar a porcentagem de células CD4, ao invés do número absoluto. Devido a diversos fatores que influenciam na contagem de CD4, esta deve ser, sempre que possível, repetida em

casos de decisões terapêuticas, como início ou mudança de esquemas anti-retrovirais (BRASIL, 2013).

2.5 Terapia anti-retroviral: adesão ao tratamento e redução da carga viral plasmática

Na literatura atual está acertadamente fixado que a supressão viral é fundamental para a maximização na efetividade do tratamento antirretroviral e que a supressão parcial ocasiona na falha virológica mais antecipada e risco de resistência viral. Dessa forma, com a eficácia atual da terapia antirretroviral, a adesão torna-se uma das mais importantes e essenciais variáveis que influenciam na efetividade do primeiro esquema antirretroviral (BRASIL, 2013).

Analisando os avanços obtidos, referentes ao entendimento da infecção pelo HIV, acentua-se o progresso evolutivo ocorrido no tratamento anti-retroviral. A história deste tratamento iniciou-se em 1987 mediante o uso de monoterapia com Zidovudina (AZT). Em 1991, com a chegada da Didanosina (DDI) surge a primeira terapia combinada (terapia dupla) como modelo terapêutico e, a partir de 1996, inicia o uso da terapia tríplice, com inclusão dos inibidores da protease (VITÓRIA, 2005).

Depois de quase duas décadas de ação, o sucesso do combate ao HIV no Brasil é evidente e reconhecido em todo o mundo, baseado em uma política específica para HIV/AIDS com respostas rápidas a pandemia, com uma participação forte e efetiva da sociedade civil, uma mobilização multissetorial na defesa dos direitos humanos e foco especial na prevenção, culminando com a política de amplo acesso a medicamentos anti-retrovirais. Esta política fez a terapia anti-retroviral potente (HAART) universalmente disponível desde 1996, com distribuição baseada em diretrizes nacionais atualizadas regularmente (VITÓRIA, 2005; GRECO, 2007).

Segundo estudos recentes, a negatificação da carga viral de maneira sustentada tem efeito protetor no que se refere à transmissão viral em casais heterossexuais sorodiscordantes, sendo o início precoce de terapia antiretroviral utilizado como uma estratégia para reduzir taxas de transmissão sexual e prevenção de eventos clínicos de HIV, indicando benefícios tanto pessoais como para saúde pública (QUINN, 2000; COHEN, 2011).

Existe uma boa correlação entre carga viral plasmática e presença de vírus em secreções seminais e vaginais. A carga viral nas secreções genitais tende a reduzir,

acompanhando o declínio da viremia no sangue periférico após início da terapia combinada (HAART), no entanto, a taxa de transmissão de HIV-1 não foi avaliada nesses estudos e apesar da redução de carga viral no sangue periférico e da carga viral no plasma seminal e cervical, o DNA viral integrado ainda está presente nas células locais, podendo se recuperar o vírus *in vitro* (QUINN, 2000; KOVACS, 2001).

Durante a gestação, a adesão a terapia e a carga viral indetectável também comprovam efeito protetor ao conceito. Em 21 de fevereiro de 1994, a *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG) anunciou os resultados preliminares de seu Protocolo 076, um ensaio clínico duplo-cego randomizado de zidovudina (AZT) para prevenir a transmissão do HIV de mulheres grávidas para seus filhos. Este estudo envolveu 477 mulheres. O regime experimental incluiu AZT oral iniciado após o primeiro trimestre e AZT intravenoso por infusão contínua durante o trabalho de parto, seguida pela administração oral de AZT para o recém-nascido nas primeiras 6 semanas de vida. Com base na redução de 67,5% no risco de transmissão vertical verificada no momento da primeira análise, o estudo foi interrompido, e os resultados publicados (CONNOR, 1994).

Buscando uma taxa de transmissão vertical do vírus HIV próxima a zero, as recomendações atuais do Ministério da Saúde para gestantes inclui uma ampliação do protocolo iniciado com o ACTG 076, devendo, além da profilaxia realizada nos três momentos do parto: gestação com esquema tríplex (HAART), trabalho de parto com AZT venoso e profilaxia do RN com AZT e nevirapina xarope, recomenda-se o parto cesariano eletivo e suspensão do aleitamento materno, com fórmula infantil fornecida pelo SUS, condutas estas que combinadas visam reduzir a taxa de transmissão vertical de 8,4% para menos de 2% em todo o país até 2015 (BRASIL, 2014).

Os atuais regimes terapêuticos têm constatado a capacidade de reduzir ou de tornar indetectável a carga viral do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade referente à AIDS (TEIXEIRA; VITÓRIA; BARCAROLO, 2004).

A expectativa de vida em pessoas com HIV é agora estimado a se aproximar da população em geral em alguns subgrupos tratados com sucesso (LEWDEN, 2007; BHASKARAN, 2008). No entanto, para atingir esta expectativa de vida, a supressão viral deve ser mantida por décadas, procurando sempre buscar adesão e sucesso terapêutico, com carga viral indetectável sustentada e altos níveis de CD4 (MONTANER, 2014).

Montaner (2014) descreve a experiência do Canadá, que tem usado a estratégia

do tratamento do HIV como prevenção. Em British Columbia (BC) os recursos governamentais estão sendo alocados na detecção de novos casos, atualização de banco de dados e acesso gratuito universal ao tratamento. Os resultados mostram que a expansão da HAART entre 1996 e 2012 em BC foi associado com uma redução de 80% na incidência de AIDS, tendo a mortalidade relacionada ao HIV diminuído em 80%. Novos diagnósticos de HIV tiveram 66% de redução, com consequente declínio estimado em 42% da taxa de incidência de HIV por ano, comprovando a eficácia do tratamento universal e supressão viral sustentada como importante fator para redução da taxa de transmissão da doença.

O Brasil acompanha a tendência de alterações na qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV, analisada também em outros países que proporcionam o acesso universal ao tratamento. Em conjunto com o tratamento, integram-se uma rede de laboratórios, uma ativa mobilização da sociedade civil e manejos de prevenção voltados a populações suscetíveis (NEMES, 2000).

Na dimensão do paciente, a adesão minimiza o risco de falha virológica, amplifica a sobrevida, diminui o risco de evolução para AIDS e o desenvolvimento de cepas virais resistentes, além de favorecer para a melhoria da qualidade de vida (KARON et al., 2001).

Com definição difícil e não padronizada, muitos estudos tem abordado o tema de adesão terapêutica, em importante revisão de literatura avaliando 56 estudos, foram encontradas várias definições, sendo verificado que cada estudo utiliza seus próprios parâmetros de avaliação, que variavam de medidas objetivas, como contagem do número de comprimidos utilizados, registros de dispensação da farmácia e registros eletrônicos colocados em frascos dos medicamentos e medidas subjetivas, como auto-relato do paciente durante entrevista ou a combinação dos dois métodos (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Perno (2002) debate que uma adesão em níveis de excelência proporcionam uma replicação mínima de vírus e uma rara mutação espontânea. Adicionalmente, enfatizam que a cadeia de eventos de mutação do HIV avigora a imprescindibilidade de adesão rigorosa para prevenção de falha terapêutica e conservar alternativas posteriores de novos regimes terapêuticos.

Em contrapartida Chesney e colaboradores (2000) ressaltam que, apesar da atenção ser mais direcionada às benfeitorias da terapia anti-retroviral (TARV), a situação crítica de cepas resistentes compõe uma problemática para o paciente e para a

Saúde Pública, uma vez que essas cepas podem ser transmitidas para outras pessoas, restringindo as opções de tratamento.

Ainda referente à óptica da Saúde Pública, a adesão é fortemente apropriada para diminuir o risco da transmissão do HIV e de resistência aos medicamentos anti-retrovirais. A transmissão de cepas virais resistentes é um problema em propagação, intensamente associada com a não-adesão ao tratamento. Os determinantes da adesão podem ser incorporados em categorias, sendo essas: o paciente, o profissional de saúde, a relação profissional-paciente, a doença, o serviço de saúde e o regime terapêutico (WAINBERG; FRIEDLAND, 1998).

Devido a uma elevada e contínua taxa de replicação e mutação do HIV, pelo menos 95% de adesão é indispensável para manter a carga viral indetectável (NIEUWKERK, 2001).

Dentre os obstáculos para adesão à TARV, ressaltam-se as essenciais ao tratamento, a heterogeneidade de vida das pessoas portadoras do HIV, as condições socioeconômicas hostis, ao limitado acesso à terapia pelos indivíduos marginalizados e à falta de intervenções eficientes que contribuam na ajuda dos pacientes ao alcance e manutenção dos níveis adequados de adesão (NEMES, 2000).

Outro fator relevante é que não podemos avaliar subjetivamente a adesão mediante a personalidade ou comportamento do paciente. É um evento intimamente associado à vivência ao longo do tratamento e podem aparecer mudanças durante todo esse período. Contratempos ocorrem ao longo do tempo, com episódios de maior ou menor adesão para todos os pacientes. Sendo assim, não é um atributo do paciente ser aderente, mas sim uma condição instantânea de estar aderente à terapia (BRASIL, 2013).

O começo da terapia antiretroviral é abordado em alguns estudos como um dos períodos mais relevantes na história das pessoas que vivem com AIDS. Em pacientes que iniciaram a terapia, estudos observacionais indicam que o aparecimento de efeitos adversos é um dos fatores que proporcionam a perda da adesão, assim como o número de doses, o número de drogas e as mudanças no estilo de vida são fatores que podem levar a uma diminuição na adesão ao tratamento, Estima-se que cada comprimido diário no esquema antiretroviral aumenta em 12% o risco de não adesão a terapia, ressaltando a importância dos esquemas combinados de várias drogas em um único comprimido, que vem sendo introduzido pelo Ministério da Saúde como estratégia de melhora da adesão (COLOMBRINI, 2006).

A convivência diária e habitual com preconceitos e discriminação, em especial no trabalho e entre a família, também pode contribuir para a baixa adesão. Além disso, opiniões e atitudes negativas relacionadas à medicação também aparecem em alguns estudos como fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento, como, por exemplo, as crenças de que o uso de muitas medicações possam lhes trazer algum malefício ou que não lhes é benéfico fazer uso da medicação por períodos longos. (BRASIL, 2013), A necessidade de manter o sigilo sobre o seu *status* sorológico pode levar a não utilização dos remédios corretamente, por não ter onde guardá-los de forma discreta ou fazer uso dos mesmo quando tem atividades fora da residência no horário prescrito (MELCHIOR, 2007).

No importante campo da religiosidade e da sua influência no sucesso da terapia, Ferreira (2012) mostra que a religiosidade aumenta a resiliência no enfrentamento da doença, sendo o local do culto muitas vezes acolhedor e que as preces contribuem para o fortalecimento pessoal, porém, quando acontece a falta de apoio da comunidade religiosa, com discriminação moral, preconceito por conta da doença ou da opção sexual, pode acontecer uma piora do processo de aceitação do seu estado de portador e falha na adesão a terapia. Pelo fato das questões religiosas permearem as questões da adesão terapêutica e saúde psicológica do paciente existe a necessidade da equipe cuidadora compreender a influência do tema no processo terapêutico e discutir as questões que surgirem no contato com o paciente, quando conveniente.

Duarte (2014), Santos (2009) e Figueredo (2013) reforçam a necessidade do acompanhamento específico da vulnerabilidade feminina, pois muitas vezes dependem financeira e emocionalmente dos seus companheiros, deixando de usar medidas de proteção específica para o HIV, além de aceitar condições inadequadas de relacionamento, como parceiras múltiplas.

Na maioria das vezes, os pacientes não relatam de forma espontânea suas dificuldades relacionadas à adesão, referindo de forma automática o uso correto da terapia. Cabe à equipe de saúde uma abordagem individual, arguindo sobre quantidade de comprimidos e horário de tomadas, podendo assim identificar as dificuldades de adesão do paciente ou erros na posologia ingerida (BRASIL, 2013).

Drogas ilícitas comumente constituem um receio e seus padrões de uso algumas vezes não são discutidos abertamente pelos profissionais de saúde. As pré-concepções associadas ao uso de drogas prejudicam na abordagem singular dos usuários, impedindo que a equipe de saúde os auxilie em dificuldades específicas. O uso de álcool é

considerado um relevante fator associado à falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas em geral, tendo-se apresentado como um desafio para as pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2013; SILVA, 2014). Ware, Wyatt e Tugenberg (2005), consideram que a não-adesão se deve ao estilo de vida caótico das pessoas que usam drogas injetáveis e não propriamente ao seu uso. Vale ressaltar que os usuários de drogas injetáveis (UDI) recusam-se, com maior frequência, a iniciar o tratamento, mas não há evidência de maior taxa de não-adesão para aqueles que o iniciam (COLOMBRINI, 2006).

No Brasil, faz parte do conhecimento geral da população que bebidas alcoólicas e medicamentos não podem ser utilizados em concomitância. Esse fundamento pode cooperar para que mesmo pessoas com alta adesão ao tratamento, mas que fazem uso moderado de álcool suspendam a medicação para consumirem bebidas alcoólicas, com receio de que possa ter aumento dos efeitos adversos (MELCHIOR, 2007).

Teixeira (2013) descreve em estudo realizado na Bahia, que pacientes referindo ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica ou associação de álcool e drogas apresentaram pior adesão ao tratamento e que o não comparecimento a 2 ou mais consultas médicas aumentou em 68% a chance de não adesão à terapia antiretroviral.

O início do tratamento, as trocas de esquema e a ocorrência de efeitos adversos são momentos cruciais de reforço da adesão à terapia. O apoio à adesão deve iniciar mesmo antes do começo da terapia anti-retroviral, prosseguindo ao longo de todo tratamento, conforme as necessidades de cada paciente, mesmo para aqueles caracterizados inicialmente como aderentes. A história dos aderentes é um relato de superação das dificuldades, de mudança de comportamento e de estilo de vida, (MELCHIOR, 2007).

Portanto, além do início do tratamento, o médico deve se atentar em todas as etapas do seguimento clínico, em especial para a mudança de esquema anti-retroviral, as presumíveis variações de humor, como nas reações depressivas, e no medo de encarar o diagnóstico e de revelá-lo à família ou ao parceiro. Nessa perspectiva, pequenas intervenções provocam um impacto positivo na adesão ao tratamento incluindo uma combinação de estratégias, tais como fornecimento de informações sobre a doença e o tratamento, aconselhamento ao paciente, como também, mensagens escritas (BRASIL, 2013).

O conhecimento sobre a doença e seu tratamento, as formas de transmissão, o significado e utilidade dos exames laboratoriais, como a contagem de linfócitos CD4 e a

carga viral, e os possíveis efeitos adversos das medicações em curto e longo prazos devem ser oferecidos ao paciente. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento (BRASIL, 2013).

A oferta proposta pelos serviços de saúde de ações voltadas à adesão tais como grupos, consulta individual, interconsultas, garantia de atendimento fora da data agendada, atividades na comunidade e no domicílio, são importantes particularmente para populações sob maior risco de má adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

De acordo com os aspectos abordados, podemos identificar a importância do compromisso dos profissionais de saúde, no que se refere ao reconhecimento da não adesão, como um elemento que deve ser trabalhado em conjunto com o paciente de maneira sistemática, com incremento de ações que proporcionem uma ação eficaz dos profissionais e uma inclusão do tratamento pelo paciente (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil da infecção pelo HIV dos pacientes com mais de 13 anos, diagnosticados no Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS de Guanambi-Bahia no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever e analisar comparativamente as características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes com mais de 13 anos de idade infectados pelo HIV, à sua admissão no SAE de Guanambi-Bahia no período de 2008 a 2010 e de 2011 a 2013;
- Analisar a taxa de negatificação viral e da adesão à terapia dos pacientes estudados;
- Analisar em que estágio de infecção por HIV/AIDS os clientes compareceram ao primeiro retorno no ambulatório, segundo resultado de exames clínicos e laboratoriais;

- Identificar a taxa de letalidade entre homens e mulheres incluídos no estudo, no período de 2008 a 2013.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

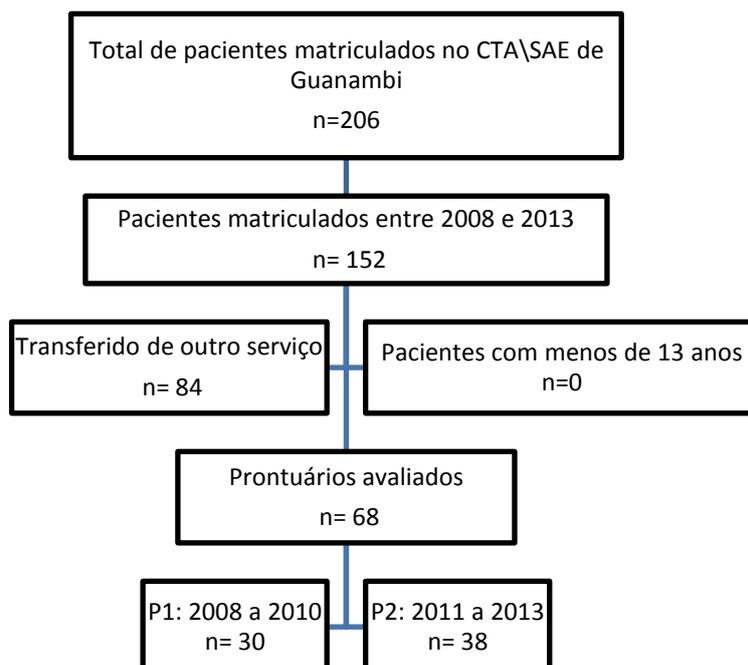
Caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo e analítico, com caráter documental. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com parecer favorável sob nº 44039515.1.0000.0037 CEP/PUC-GOIÁS em 29/04/2015.

Prescindiu-se da obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de estudo baseado em revisão de prontuários. Garantiu-se o anonimato dos sujeitos e o sigilo no manuseio das informações.

4.2 População e amostra

Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes matriculados no SAE de Guanambi-Ba. Existem 206 pacientes matriculados, incluindo prontuários ativos e do arquivo morto, até a data atual. A população estudada foi constituída por todos os prontuários dos pacientes com idade superior a 13 anos, cadastrados no serviço durante o período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013.

Após valiação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 68 pacientes para o estudo, conforme fluxograma abaixo.



4.3 Local e data da coleta de dados

A pesquisa foi realizada no município de Guanambi, localizado no Centro Sul da Bahia. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município, em 2014, foi estimada em 85.237 habitantes. Os casos foram selecionados a partir de informações de prontuários do único Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) existente na mesorregião centro sul baiana, responsável pelo atendimento por demanda livre e espontânea de aproximadamente 400 pacientes/mês para realização de testagem sorológica e com aproximadamente 135 pacientes em acompanhamento por HIV/AIDS. Os dados foram coletados em maio de 2015, referentes aos prontuários de matrícula entre 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013.

4.4 Instrumentos

Procedeu-se à coleta sistematizada de dados na ficha de atendimento, utilizando instrumento elaborado pela pesquisadora com informações contidas na ficha do SIS-CTA e com dados de interesse da pesquisa, em busca de informações referentes à admissão do indivíduo no serviço. As variáveis do estudo foram: motivo da realização do teste sorológico anti-HIV; estagio clínico da infecção pelo HIV, segundo níveis de CD4 e sintomatologia; resultado da determinação quantitativa de linfócitos T CD4+ periféricos e contagem de carga viral à admissão, 6 meses pós tratamento e na última coleta realizada. A variável “motivo da realização do teste anti-HIV” foi categorizada com base no relato dos participantes contido no prontuário nas seguintes categorias excludentes entre si: existência de sinais e sintomas sugestivos de HIV/AIDS, assintomático(a) com parceiro(a) soropositivo(a), ocorrência de doença sexualmente transmissível, triagem sorológica no pré-natal, percepção de risco com base em relato de exposição presumida ao HIV, triagem sorológica em banco de sangue, testagem em campanha “Fique Sabendo” ou ignorado. A variável “período de matrícula no serviço” foi categorizada em dois períodos: de 2008 a 2010, de 2011 a 2013, grupos P1 e P2, respectivamente, para análise da efetividade do serviço e da resposta terapêutica.

4.5 Procedimentos

A coleta de dados, através da análise sistemática dos prontuários médicos, foi realizada na própria instituição, Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) do

município de Guanambi-Ba, em uma sala reservada para esta finalidade, no horário de trabalho, em datas e turnos previamente agendados com a mesma.

4.6 Autorizações

O estudo foi autorizado pela secretaria de saúde do município, através do seu representante legal, Secretário de Saúde Manoel Paulo Fraga Rodrigues e pela Coordenadora do CTA/SAE de Guanambi-Ba, Sr^a Rita de Cássia Rocha Castro, conforme documentos em anexo.

4.7 Conflito de interesses.

Não existe conflito de interesses pela pesquisadora.

4.8 Análise dos dados

Foi utilizado o programa Microsoft® Excel 2007 para a tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada através do programa Statistical package for the Social Scienes (SPSS®) for Windows®, versão 16.0. Para avaliar a influência das variáveis do perfil sociodemográfico em relação às variáveis clínicas e laboratoriais, dos pacientes adultos infectados pelo HIV foram utilizados o teste Exato de Fisher, Qui Quadrado e Análise de Regressão Logística. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ($p < 0,05$).

Para a comparação entre as variáveis laboratoriais e as patologias clínicas apresentadas pelo paciente foi utilizado o teste Qui Quadrado e para a comparação detalhada, o teste de Fisher. Na avaliação da resposta terapêutica foram comparadas as variáveis CD4 e carga viral (variáveis laboratoriais) em relação ao tempo de tratamento utilizando o teste de Wilcoxon. Por conseguinte, foi aplicada a estatística descrita e a análise inferencial, com testes paramétricos e não paramétricos, considerando a distribuição dos dados do estudo.

Após a análise estatística, as variáveis foram descritas com a utilização de figuras e tabelas, que representaram os resultados do estudo.

5 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 - Perfil socioeconômico, clínico e laboratorial de pacientes com HIV/AIDS no Centro-Sul da Bahia/Brasil: Acompanhamento e adesão à terapia.

ARTIGO 1**Perfil socioeconômico, clínico e laboratorial de pacientes com HIV/AIDS no Centro-Sul da Bahia/Brasil: Acompanhamento e adesão à terapia.**

Vanessa Cristina Teixeira¹

Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer¹

José Rodrigues do Carmo Filho¹

Gelcio Sisteroli De Carvalho¹

Marcus de Almeida Gomes²

*¹Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde - Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.*

²Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

RESUMO

O Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) foi instituído para atuar no acompanhamento e tratamento de portadores de HIV/AIDS e constitui-se em importante fonte de dados epidemiológicos. Com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico dos usuários do SAE no município de Guanambi – BA, foi realizado estudo transversal, descritivo e exploratório. Este estudo foi realizado em 68 indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV que estavam matriculados entre 2008 e 2013 em um serviço de saúde ambulatorial de Guanambi- Bahia. Os dados foram coletados de prontuários médicos e incluiu a razão para o teste de HIV, o estado clínico e contagem de linfócitos T CD4 + periféricos no momento da inscrição. Os dados foram divididos em dois grupos, de acordo com o ano de admissão do paciente - P1 (2008-2010) e P2 (2011-2013) - para análise comparativa das variáveis de interesse. A razão

para passar por testes de HIV diferiu entre os sexos. Na população masculina, a maioria dos testes foi realizado devido a presença de sintomas sugestivos de infecção, enquanto na feminina a razão foi igualmente dividida entre este motivo e o da revelação do diagnóstico de soropositividade do parceiro. A categoria de exposição Bissexualidade e Homossexualidade atingiu 25% do grupo masculino. Os homens são admitidos em pior estadiamento clínico que as mulheres, tem uma resposta clínica ao tratamento inferior ao grupo feminino e uma adesão à terapia mais baixa. A efetividade do serviço CTA/SAE municipal teve melhora no segundo período, com um maior número de pacientes matriculados, diagnóstico com fases mais precoces da infecção e maior procura dos pacientes de outros municípios. Apesar das constantes ações do Ministério da Saúde em educação e prevenção na área de HIV/AIDS os pacientes ainda estão tendo seu diagnóstico realizado em fases avançadas da doença. Existe a necessidade de trabalhar o grupo de pacientes do sexo masculino pela equipe multidisciplinar, observando suas especificidades, para que haja melhor adesão à terapia antiretroviral e melhor índice de negatificação viral.

Palavras-chave: AIDS, epidemiologia, Assistência ambulatorial, carga viral, adesão à medicação.

INTRODUÇÃO

Em 1981 foram detectados os primeiros casos clínicos de AIDS nos Estados Unidos, ainda sem nomeá-la cientificamente, caracterizada como uma nova doença que atingia doentes do sexo masculino, jovens, homossexuais, com quadros atípicos de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e sarcoma de Kaposi, doenças até então somente descritas em casos avançados de imunodepressão celular, registradas anteriormente em associação com neoplasias, idade avançada e transplantes¹.

No Brasil os primeiros casos de AIDS começaram a ser identificados no início da década de 80, mais precisamente em 1982, com os sete primeiros casos no estado de São Paulo. As notificações da doença apontavam para jovens do sexo masculino, bem como, para homossexuais e bissexuais, trazendo junto com os seus primeiros registros um forte estigma social com a divulgação de “grupos de risco”, o que gerava preconceito e discriminação contra o que se esteriotipava como “5H”, grupo constituído por homossexuais (homens), hemofílicos, haitianos, heroinômanos (UDI) e hookers (profissionais do sexo), disseminando uma falsa idéia de que, indivíduos não inclusos

no “5H” estariam protegidos da epidemia². Segundo o Boletim Epidemiológico de AIDS da Bahia 2010, o estado registrou seu primeiro caso da doença em 1984, sendo que o município de Guanambi teve seu primeiro relato no SINAN em 1992. Após 30 anos do início da epidemia, segundo o Boletim Epidemiológico Nacional de HIV/AIDS de 2014, estima-se que 734 mil indivíduos vivem com HIV/AIDS no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, sendo que foram notificados 39.501 novos casos de AIDS no país em 2013, com uma taxa de detecção nacional de 20,5 casos para 100.000 habitantes³.

Nestas três décadas de evolução algumas características importantes vêm se consolidando, com mudanças na tendência da epidemia. Ao analisarmos a doença por categoria de exposição observa-se um crescimento importante da transmissão heterossexual, com um maior percentual de casos em mulheres, o que diminuiu a razão dos sexos de 24 casos homem/mulher, em 1985 para 1,8 casos de homem para cada caso em mulher no ano de 2013 caracterizando a feminilização da doença; ressalta-se que as menores razões de sexo ocorrem em municípios com população abaixo de 50.000 habitantes^{1,3,4}.

Outro aspecto importante da doença é a interiorização, inicialmente concentrada em grandes centros urbanos, a epidemia tem sido disseminada para municípios de pequeno e médio portes, encontrando-se nestes locais em plena fase de expansão, sendo que, atualmente, 70% dos municípios brasileiros já tiveram pelo menos 01 caso registrado de AIDS^{1,5}.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Nacional de 2014, podemos notar que a epidemia se desloca da população de maior poder econômico para os indivíduos mais pobres e de menor escolaridade, residentes nas regiões mais carentes do país, fenômeno denominado de pauperização³.

Neste contexto, o Departamento de vigilância, prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) estimulou a partir da década de 80, a estruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde é oferecido a testagem para HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagem de redução de risco e vulnerabilidade. Desde então, o diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos CTA's distribuídos em todas as regiões do Brasil.

O município de Guanambi localiza-se na mesorregião centro sul baiana, com população de 85.237 habitantes. É apontado como município de referência em serviços

de saúde para a sua microrregião, com população estimada de 401.741 habitantes, divididos entre 16 municípios⁶.

O Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço Ambulatorial Especializado (CTA/SAE) de Guanambi foi inaugurado em 2007 e possibilidade de ter acesso ao tratamento mais próximo da sua residência incentivou a transferência de vários pacientes dos serviços de outros municípios para o SAE de Guanambi, garantindo maior assiduidade e comprometimento em comparecer às consultas marcadas, refletindo em melhor adesão à terapia e sucesso terapêutico, já que os antiretrovirais são dispensados na própria unidade. Atualmente o CTA de Guanambi realiza uma média de 350 testes rápidos para HIV mensalmente.

Devido à importância dos serviços de prevenção, acompanhamento e tratamento prestados pelo SAE, para os pacientes de toda a microrregião de Guanambi, e entendendo a grande representatividade de nossas amostragens, a presente pesquisa busca realizar uma análise do perfil sócio-demográfico, clínico e laboratorial dos pacientes com mais de 13 anos de idade diagnosticados no CTA/SAE de Guanambi de 2008 a 2013.

Os objetivos do estudo foram identificar o perfil da nossa clientela, podendo planejar ações mais efetivas, visando aumentar a taxa de detecção da doença em Guanambi-Ba e região, dirigindo recursos para os municípios e grupos populacionais mais específicos, aumentando também a adesão à terapêutica instituída, reduzindo a carga viral plasmática e a taxa de transmissão da doença.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva com caráter documental, cuja população avaliada foi de 206 pacientes incluindo prontuários ativos e de arquivo morto, dos pacientes admitidos no serviço de referência para pessoas portadoras de HIV/AIDS (SAE) da cidade de Guanambi, pertencente à região Centro-sul da Bahia. Participaram do estudo pacientes que realizaram sua primeira consulta pós-diagnóstico para estadiamento da doença no serviço, com matrícula correspondente ao período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013; com idade igual ou superior a 13 anos. Foram excluídos do estudo os pacientes cujo diagnóstico de HIV tenha sido descartado após realização de carga viral inicial e os pacientes transferidos de outros serviços. Preencheram os critérios de inclusão e exclusão 68 pacientes, onde 34 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino.

Em seguida, realizou-se a análise sistemática dos prontuários médicos dos pacientes matriculados no serviço, acompanhando a ficha padronizada para coleta de dados. As variáveis relevantes para o estudo compreenderam: dados sócio-demográficos, categoria de exposição e motivo de realização do teste sorológico, estágio clínico evolutivo da doença, marcadores clínicos laboratoriais de relevância diagnóstica e terapêutica, comparecimento às consultas agendadas e adesão ao tratamento.

Foi usado o programa Microsoft® Excel 2007 para a tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Scenses* (SPSS®) for Windows®, versão 16.0. Para a comparação entre as variáveis do questionário em relação às variáveis do perfil sócio demográfico foram utilizados o teste Exato de Fisher o teste Qui Quadrado. Para avaliar a influência entre as variáveis da ficha padronizada para coleta de dados em relação às variáveis por período de matrícula e grupo de última carga viral foi utilizado o teste t Student. Foi utilizado como nível de significância o valor de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano com parecer N° 44039515.1.0000.0037 CEP/PUC-GO.

RESULTADOS

Os indivíduos analisados da amostra eram proporcionais para ambos os sexos, com 34 (50%) pacientes em cada grupo. A maioria das mulheres (47,1%) foi admitida no serviço com idade entre 30 a 39 anos, enquanto a faixa etária prevalente nos homens, com 44,1% da amostra, era acima de 40 anos. Os homens eram em sua maioria sem parceira fixa e apresentavam escolaridade inferior a 05 anos. Em contraste, na população feminina, 45,5% das mulheres tinham parceiro fixo e a maioria com escolaridade igual ou superior a 05 anos. No que se refere à categoria de exposição ao HIV, 9,4% dos homens relataram comportamento homossexual e 15,6% bissexual, uma vez que 100% das mulheres relataram comportamento heterossexual (Tabela 1).

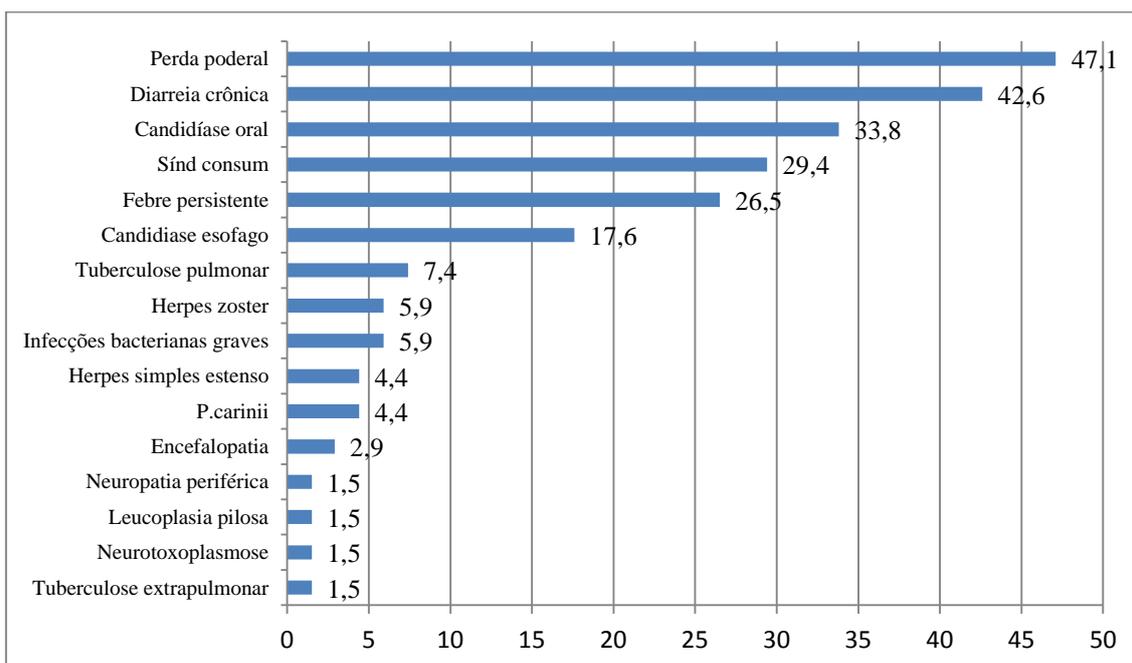
Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com a variável sexo.

Fator	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Faixa etária					
15 a 29 anos	10	29,4	8	23,5	
30 a 39 anos	9	26,5	16	47,1	
≥ 40 anos	15	44,1	10	29,4	
Total	34	100,0	34	100,0	0,204
Escolaridade					
Analfabeto	2	5,9	0	0,0	
Fundamental	18	52,9	16	47,1	
Médio	6	17,6	8	23,5	
Superior	2	5,9	5	14,7	
Ignorado	6	17,6	5	14,7	
Total	34	100,0	34	100,0	0,299
Estado civil					
Solteiro	23	67,6	18	52,9	
Casado	10	29,4	15	44,1	
Ignorado	1	2,9	1	2,9	
Total	34	100,0	34	100,0	0,205
Categoria exposição					
Bissexual	5	14,7	0	0,0	
Homossexual	3	8,8	0	0,0	
Heterossexual	24	70,6	34	100,0	
Ignorado	2	5,9	0	0,0	
Total	34	100,0	34	100,0	0,008
Motivo realização teste					
Sintomas sugestivos	20	58,8	11	32,4	
Triagem banco sangue	1	2,9	2	5,9	
Triagem pré-natal	0	0,0	5	14,7	
Assintomático com parceiro HIV	4	11,8	11	32,4	
DST	4	11,8	0	0,0	
Situação percepção risco	3	8,8	2	5,9	
Campanha fique sabendo	2	5,9	3	8,8	
Total	34	100,0	34	100,0	0,016
Estádio clinic					
Estádio 1	4	11,8	9	26,5	
Estádio 2	9	26,5	9	26,5	
Estádio 3	19	55,9	16	47,1	
Ignorado	2	5,9	0	0,0	
Total	34	100,0	34	100,0	0,346

A análise do momento do diagnóstico permitiu identificar que o motivo para a realização do teste sorológico anti-HIV diferiu entre os sexos. Enquanto (32,4%) das mulheres o fizeram por possuírem parceiro soropositivo ou em decorrência da presença de sintomas sugestivos para a doença, na população masculina o principal motivo da testagem sorológica (58,8%) foi pela ocorrência de sintomas sugestivos de infecção HIV/AIDS. Observou-se também que 4 (11,8%) homens recorreram ao teste pela constatação diagnóstica relacionada a alguma doença sexualmente transmissível e que 5 (14,7%) mulheres foram diagnosticadas, como portadoras de HIV, por meio da triagem laboratorial oferecida durante o pré-natal. Quando da admissão no serviço CTA/SAE de Guanambi-Ba, os homens apresentavam-se mais frequentemente em fase mais avançada da história natural da infecção. O estágio clínico 3 de AIDS foi reconhecido em (59,4%) dos homens e em (47,1%) das mulheres (Tabela1).

Dentre os pacientes do estudo, a maioria já havia apresentado alguma doença oportunista ou sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/AIDS. No serviço, as doenças oportunistas definidoras de AIDS mais comumente diagnosticadas foram: candidíase oral (33,8%), síndrome consumptiva (29,4%), e candidíase esofágica (17,6%). Os sinais e sintomas sugestivos da doença mais relatados pelos pacientes da amostra foram: diarreia crônica por mais de 30 dias (42,6%), perda ponderal acima de 10% do peso basal (47,1%) e febre persistente por mais de 30 dias (26,5%) (figura 1).

Figura 1- Distribuição das doenças associadas na admissão do paciente.



Na tabela 2 pode-se observar que as mulheres foram admitidas no serviço com um número mais elevado de linfócitos CD4+ em sangue periférico do que os homens, sendo que 9 (26,5%) e 4 (12,5%) respectivamente apresentavam CD4 acima de 500 células/mm³. Quanto à carga viral, observou-se que as mulheres apresentavam carga viral mais baixa, sendo que apenas 3 (10,7%) tiveram sua carga viral acima de 100.000 cópias, enquanto 8 (29,6%) dos homens se enquadravam nesta categoria.

Dentre os pacientes que completaram 6 meses de tratamento observou-se aumento dos linfócitos CD4+ entre as mulheres, onde 12 (57,1%) apresentavam valores entre 200 a 500 células/mm³ e 5 (23,8%) com valores acima de 500 células/mm³, enquanto na população masculina 12 (60%) ainda se mantinham na faixa de risco abaixo de 200 células/mm³. Quanto à carga viral dos pacientes, observou-se que (90%) das mulheres estavam com a carga viral plasmática entre 0 a 1.000 cópias/mm³, enquanto apenas 1 (5,3%) paciente do sexo masculino apresentou uma viremia plasmática acima de 100.000 cópias/mm³. Mediante os valores obtidos da carga viral durante esse período, observou-se que dos 39 pacientes que corresponderam à amostra, 33 pacientes (84,6%) apresentaram valores de carga viral entre 0 a 1.000 cópias por mm³, sendo este, um dos principais parâmetros para a confirmação da eficácia terapêutica inicial que foi adotada (Tabela 2).

Por fim, no terceiro e último momento, avaliou-se a contagem de células CD4+ e de carga viral, apenas dos pacientes que estavam há mais de 6 meses em tratamento, uma vez que somente 34 pacientes corresponderam à amostra durante esse período referente aos dois exames, sendo 15 do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Dessa forma, observou-se que tanto o número de linfócitos CD4+, quanto os níveis de carga viral plasmática desses pacientes se enquadravam dentro dos limites desejáveis em ambos os sexos, com redução importante do número de pacientes na faixa de risco de CD4 abaixo de 200 células/mm³. Quanto aos níveis de carga viral plasmática referente a esse período, as mulheres 17 (89,5%) continuam mantendo os níveis mais aceitáveis (entre 0 a 1.000 cópias/mm³) com relação aos homens 12 (80%). Apenas 2 (13,3%) pacientes do sexo masculino apresentava viremia plasmática acima de 100.000 cópias/mm³ (Tabela 2).

Tabela 2- Contagem de células CD4+ e da carga viral dos pacientes nos momentos da admissão pós tratamento e última coleta.

Fator	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	%	N	%
Grupo CD4 admissão				
De 0 a 200	19	59,4	16	47,1
De 200 a 500	9	28,1	9	26,5
Acima de 500	4	12,5	9	26,5
Total	32	100,0	34	100,0
Grupo CV admissão				
Entre 1 – 1000	2	7,4	3	10,7
1000 - 100.000	17	63,0	22	78,6
Acima 100.000	8	29,6	3	10,7
Total	27	100,0	28	100,0
Grupo CV 6 meses Pós tratamento				
Entre 0 – 1000	15	78,9	18	90,0
1000 - 100.000	3	15,8	2	10,0
Acima 100.000	1	5,3	0	0,0
Total	19	100,0	20	100,0
Grupo CD4 6 meses Pós tratamento				
De 0 a 200	12	60,0	4	19,0
De 200 a 500	8	40,0	12	57,1
Acima de 500	0	0,0	5	23,8
Total	20	100,0	21	100,0
Grupo ultimo CD4				
De 0 a 200	4	26,7	1	5,3
De 200 a 500	6	40,0	10	52,6
Acima de 500	5	33,3	8	42,1
Total	15	100,0	19	100,0
Grupo última CV				
Entre 0 – 1000	12	80,0	17	89,5
1000 - 100.000	1	6,7	2	10,5
Acima 100.000	2	13,3	0	0,0
Total	15	100,0	19	100,0

CV = carga viral

No período de 2008 a 2010, 50% dos pacientes admitidos eram procedentes do município de Guanambi-Ba e os demais de outros municípios, no período de 2011 a 2013, houve aumento em 25% no registro de novos pacientes, destes, 68,4% são procedentes dos municípios circunvizinhos (Tabela 3).

No período de 2011 a 2013, a realização do teste de HIV por outros motivos não relacionados à presença de sintomas sugestivos de AIDS, aumentou de 50% para 57,9% e a realização do teste de HIV em decorrência da percepção de sintomas sugestivos para a infecção, diminuiu de 50% para 42,1%. Quanto ao estágio clínico da doença, observou-se que independente do período de matrícula, a maioria dos pacientes são admitidos no

serviço de referência no estágio 3, no entanto, foi registrado uma queda na incidência de pacientes no estágio 3 de 62,1% em 2008-2010 para 45,9% em 2011-2013 (Tabela 3).

Referente aos níveis de linfócitos CD4+ por período de matrícula observou-se que 20 (54,0%) pacientes admitidos no serviço entre os anos de 2011 a 2013 apresentavam níveis plasmáticos mais elevados dessas células, com menos pacientes na faixa de risco abaixo de 200 células, comparados aos anos anteriores, onde 11 (37,9%) estavam com níveis de CD4 acima de 200 células. (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação do período matrícula em relação às variáveis.

Fator	Período matrícula				P
	2008 a 2010		2011 a 2013		
	N	%	n	%	
Procedência					
GUANAMBI	15	50,0	12	31,6	0,142
Outros	15	50,0	26	68,4	
Total	30	100,0	38	100,0	
Motivo realização teste					
Sintomas sugestivos	15	50,0	16	42,1	0,625
Outros	15	50,0	22	57,9	
Total	30	100,0	38	100,0	
Estádio clinic					
Estádio 1	7	24,1	6	16,2	0,092
Estádio 2	4	13,8	14	37,8	
Estádio 3	18	62,1	17	45,9	
Total	29	100,0	37	100,0	
CD4 grupo					
0 a 200	18	62,1	17	45,9	0,092
201 a 500	4	13,8	14	37,8	
> 500	7	24,1	6	16,2	
Total	29	100,0	37	100,0	

Teste Qui Quadrado

De acordo com a tabela 4, observou-se que dos 68 pacientes da amostra, apenas 34 apresentavam exames mais recentes de carga viral plasmática durante o período da última coleta de dados. No grupo com carga viral suprimida (entre 0 – 1000 cópias) encontramos 29 pacientes, onde 17 (58,6%) eram do sexo feminino e 12 (41,4%) do sexo masculino, enquanto no grupo com carga viral elevada (acima de 100.000 cópias), foram encontrados 02 pacientes, todos do sexo masculino.

Quando relacionamos a variável comparecimento às consultas agendadas e carga viral plasmática podemos observar que 26 pacientes (89,7%) que apresentaram carga viral suprimida comparecem regularmente às consultas agendadas, sem diferença estatística entre os grupos. Quanto à terapia antiretroviral, no que se refere à adesão ao tratamento, observamos que 27 (93,1%) dos pacientes com carga viral suprimida

tomaram sua medicação regularmente, enquanto os 2 (100%) pacientes com carga viral acima de 100.000 cópias não aderiram à terapia ($p < 0.01$).

Tabela 4- Comparação das variáveis em relação à variável Grupo última Carga viral (CV)

Fator	Grupo última CV						P
	Entre 0 - 1000		1000 - 100.000		Acima 100.000		
	N	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	12	41,4	1	33,3	2	100,0	0,251
Feminino	17	58,6	2	66,7	0	0,0	
Total	29	100,0	3	100,0	2	100,0	
Comparecimento a Consulta							
Sim	26	89,7	3	100,0	1	50,0	0,195
Não	3	10,3	0	0,0	1	50,0	
Total	29	100,0	3	100,0	2	100,0	
Adesão ao tratamento							
Sim	27	93,1	1	33,3	0	0,0	<0,001
Não	2	6,9	2	66,7	2	100,0	
Total	29	100,0	3	100,0	2	100,0	

Teste: Qui Quadrado

No momento do encerramento da coleta de dados dos sujeitos da pesquisa, 40 (58,8%) dos pacientes permaneciam em acompanhamento ambulatorial regular, 11 (16,2%) foram a óbito, 9 (13,2%) evadiram e 8 (11,8%) solicitaram transferência para outros serviços. Vale ressaltar que em relação à taxa de óbito, 8 (72,7%) dos pacientes eram do sexo masculino e 3 (27,3%) do sexo feminino.

DISCUSSÃO

Neste estudo, identificaram-se diferenças estatísticas entre homens e mulheres no momento de sua matrícula no serviço de referência CTA/SAE do município de Gunambi-Ba, para pessoas portadoras de HIV. As distinções de gênero observadas incluem características sociais e demográficas, fatores associados ao modo de exposição à infecção, o estágio clínico em que se encontravam e os exames laboratoriais de relevância prognóstica que demonstravam no início do acompanhamento especializado.

Semelhante ao exposto em outros países^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13}, as mulheres avaliadas em Gunambi-Ba e cidades circunvizinhas mostraram-se mais jovens que os homens ao diagnóstico por HIV, tendo como um dos fatores determinantes para isto o fato da mucosa genital das mulheres mais jovens ser mais delgada e, conseqüentemente, mais

suscetível a contrair infecção pelo HIV¹⁴, como também já demonstrado em alguns estudos, que as mulheres mais jovens eram mais predispostas a se infectarem pelo vírus do HIV, pois comumente se relacionam sexualmente com homens mais velhos os quais apresentam maior possibilidade de ter adquirido alguma doença sexualmente transmissível (DST) em suas relações passadas¹⁵.

Em relação à população estudada, observou-se ainda que os homens, na sua maioria, não tinham parceira fixa, eram heterossexuais e apresentavam oito ou mais anos de escolaridade, sendo que as mulheres na sua maioria tinham parceiro fixo, apresentavam a heterossexualidade como principal aspecto de exposição ao vírus e escolaridade semelhante a dos homens. Múltiplos parceiros sexuais tem sido comprovadamente relacionado a uma maior taxa de incidência de DSTs, incluindo HIV, sendo que entre os homens heterossexuais existe uma maior proporção de multiplicidade de parcerias, levando a uma maior possibilidade de transmissão de doenças para suas parceiras fixas. As mulheres, por sua vez, mesmo não concordando com o comportamento dos seus parceiros dependem financeiramente e emocionalmente dos mesmos, não conseguindo sair desta relação de subordinação. Isto exige da equipe multidisciplinar a necessidade de reforçar a autonomia feminina na tomada de decisões protetoras.^{24,25}

No que diz respeito à classificação das categorias de exposição ao HIV entre os sexos, resultados divergentes foram descritos em estudos realizados no Rio de Janeiro¹⁶, no Canadá⁹, nos Estados Unidos^{11, 13} e em Londres, no Reino Unido¹⁷. No Brasil, grande incidência da doença entre homossexuais e bissexuais prevaleceu no período compreendido entre 1980 a 1992, a partir desse período a população masculina passou a apresentar aumento no número de casos entre os heterossexuais, que hoje corresponde a maioria dos casos de AIDS do país¹⁸. A maior taxa de mulheres com parceiro sexual fixo, associado à baixa escolaridade na amostra analisada, reflete a conjuntura atual da epidemia brasileira de HIV/AIDS, evidenciando a particular vulnerabilidade exposta pela população feminina. Seu impacto relativo à infecção pelo HIV e à AIDS é expressivo. De acordo com o estudo de Nascimento et al.¹⁸, em entrevistas obtidas com mulheres casadas, submissas financeiramente aos maridos e com renda mensal de no máximo dois salários mínimos, por exemplo, observaram-se indícios de maior vulnerabilidade feminina diante da infecção pelo HIV. Essas mulheres reconheceram o casamento como obstáculo contra a doença e chegaram até mesmo a desconhecer sua origem e as formas de contaminação. Não se percebiam sob risco de contrair a infecção

e julgavam a AIDS como doença que acometia outros grupos. Uma particularidade relevante deste estudo refere-se às diferenças observadas entre os sexos nos motivos que induzem os indivíduos a procurar o teste diagnóstico de infecção por HIV. Enquanto os homens mais continuamente realizaram o teste sorológico anti-HIV por manifestarem algum indicativo clínico da infecção, as mulheres o fizeram após descoberta da soropositividade do companheiro ou durante rastreamento na assistência pré-natal. A inferior busca espontânea pelo diagnóstico na população feminina possivelmente demonstra, mais uma vez, a falta de compreensão de risco entre elas, o que pode ocasionar atraso no reconhecimento da infecção e, por conseguinte, no acesso às intervenções profiláticas e terapêuticas, amplificando a vulnerabilidade do adoecimento na população feminina.

Outra comprovação relevante para a organização e planejamento das ações de saúde relaciona-se às demandas esperadas para o cuidado desses pacientes. Em nosso estudo as mulheres chegaram ao serviço especializado em estágio clínico da infecção menos evoluído que os homens. Este acontecimento já era esperado, como descrito acima, foram orientadas ao teste ainda assintomáticas, mais comumente após revelação do *status* sorológico do parceiro contaminado ou na triagem sorológica durante o pré-natal¹⁹.

O estágio clínico menos evoluído surge também refletido nos níveis laboratoriais analisados à matrícula no serviço. As mulheres foram admitidas no CTA/SAE com maior número de linfócitos CD4+ em sangue periférico e, em maior proporção, com menor carga viral plasmática de HIV quando comparadas aos homens. Similarmente, em estudos executados em países desenvolvidos, encontram-se excelentes resultados nos marcadores laboratoriais progressivos para a população feminina à análise inicial^{9, 10, 12, 13, 19, 20}. Tais achados indicam que independentemente do estágio evolutivo do paciente ao longo da infecção por HIV, a agilidade da replicação viral possa ser menos prolifera nas mulheres, se comparadas aos homens. Esta desconformidade pode estar relacionada a diferentes condições de ativação celular ou a aspectos hormonais capazes de interferir na replicação do vírus.

No presente estudo encontramos uma taxa de negatificação da carga viral de 81,6% dos pacientes após 06 meses de tratamento e de 85,3% na última dosagem de carga viral realizada, se aproximando da meta atual do ministério da saúde que busca negatificação viral em 90% dos pacientes em tratamento, visando redução da transmissão

da doença³. A supressão da carga viral esteve comprovadamente relacionada com o uso adequado da medicação prescrita em ambos os sexos. Estes dados estão baseados em estudos que evidenciam que carga viral suprimida no sangue reduz concentração do vírus na mucosa genital feminina e sêmen, quebrando o ciclo de transmissão sexual e vertical, sendo esta a mais nova e eficaz estratégia para o controle da infecção no Brasil e no mundo^{21, 22, 23}.

CONCLUSÕES

A AIDS continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Mesmo após a introdução da terapia antiretroviral, podemos observar uma alta incidência da doença, com mudança importante no padrão epidemiológico durante os anos, se instalando agora em pequenos municípios e acometendo cada vez mais mulheres, jovens e hetrossexuais. Em Guanambi o SAE vem se consolidando cada vez mais como um importante serviço de assistência aos portadores de HIV/AIDS para a população regional, o que foi evidenciado pela crescente demanda de outros municípios nos últimos anos, no entanto, melhorias devem ser realizadas nas atividades educativas e preventivas, devido ao grande percentual de pacientes diagnosticados na fase mais avançada da doença, buscando assim um diagnóstico precoce e melhorando o prognóstico destes pacientes. A presença de uma equipe multidisciplinar é de suma importância, para buscar identificar e minimizar fatores socioeconômicos que possam estar reduzindo adesão à terapia destes pacientes, buscando sempre uma carga viral indetectável e redução da transmissão da doença.

REFERÊNCIAS

1. Pinto ACS et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **DST-J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.
2. Sousa AM et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

4. Brito AM, Castilho EA de, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.
5. Silva LCF et al. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 5, p. 543-550, 2009.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010; [citado em 10 Mar 2015]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=0>.
7. Dunne MT, Ruskin HJ, Mulcahy FM. Survival with AIDS in Ireland. **AIDS** 1997; 11:1281-90.
8. Armbruster C, Kriwanek S, Vorbach H. Genderspecific differences in the natural history, clinical features, and socioeconomic status of HIV-infected patients: experience of a treatment centre in Vienna. **Wien Klin Wochenschr** 2000; 17:754-60.
9. Mocroft A, Gill MJ, Davidson W, Phillips AN. Are there gender differences in starting protease inhibitors, HAART, and disease progression despite equal access to care? **J Acquir Immune Defic Syndr** 2000; 24:475-82.
10. Moore AL, Kirk O, Johnson AM, Katlama C, Blaxhult A, Dietrich M, et al. Virologic, immunologic, and clinical response to highly active antiretroviral therapy: the gender issue revisited. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2003; 32:452-61.
11. Kenagy G, Linsk NL, Bruce D, Warnecke R, Gordon A, Wagaw F, et al. Service utilization, service barriers and gender among HIV-positive consumers in primary care. **AIDS Patient Care STDS** 2003; 17:235-44.
12. Nicastri E, Angeletti C, Palmisano L, Sarmati L, Chiesi A, Geraci A, et al. Gender differences in clinical progression of HIV-1-infected individuals during long-term highly active antiretroviral therapy. **AIDS** 2005; 19:577-83.
13. Loupa CV, Rodriguez B, McComsey G, Gripshover B, Salata RA, Valdez H, et al. Gender differences in human immunodeficiency virus (HIV) RNA and CD4 cell counts among new entrants to HIV care. **Clin Microbiol Infect** 2006; 12:389-91.
14. Pan American Health Organization. Women and HIV/AIDS: prevention and care strategies. Washington DC: **Pan American Health Organization**; 2000.
15. Türmen T. Gender and HIV/AIDS. **Int J Gynaecol Obstet** 2003; 82:411-8.
16. Santoro-Lopes G, Harrison LH, Moulton LH, Lima LAA, Pinho AMF, Hofer C, et al. Gender and survival after AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol** 1998; 19:403-7.

17. Moore AL, Sabin CA, Johnson MA, Phillips NA. Gender and clinical outcomes after starting highly active antiretroviral treatment: a cohort study. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2002; 29:197-202.
18. Silva RAR da, Duarte FHS, Nelson ARC et al. A Epidemia da AIDS no Brasil: análise do perfil atual. **Rev enferm UFPE**. 2013 Out; 7(10): 6039-8.
19. Abati PAF, Segurado AC. Testagem anti-HIV e estágio clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2015; 49(1): 1-8.
20. Box TL, Olsen M, Oddone EZ, Ketz SA. Healthcare access and utilization by patients infected with human immunodeficiency virus: does gender matter? **J Womens Health (Larchmt)** 2003; 12:391-7.
21. Jean BN, Olalekan AU, Edward JM, Thomas CQ. Adherence to Antiretroviral Therapy for the Success of Emerging Interventions to Prevent HIV Transmission: A Wake up Call. **J AIDS Clin Res**. 2013 Oct; 2012(Suppl 4): 007.
22. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. **Lancet**. 2001 Nov; 358(9293): 1593-601.
23. Kumi S, Kathryn EM, Timothy BH, Kimberly AP, Angela DK. Antiretroviral treatment of HIV-1 prevents transmission of HIV-1: where do we go from here?. **Lancet**. 2013 Nov; 382(9903): 10.1016/S0140-6736(13)61998-4.
24. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2014 jan.-fev ;22(1): 1-8.
25. Santos NJS, *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, 2009. Sup 2:S321-S333.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da avaliação dos 68 pacientes que vivem com infecção por HIV/AIDS admitidos no SAE de Guanambi no período de 2008 a 2013 pode-se considerar que a razão entre os sexos da amostra foi de 01 caso de homem para cada caso em mulher, com características diferenciadas entre os grupos masculino e feminino: As mulheres são em sua maioria mais jovens que os homens, possuem um maior percentual de parceiro fixo, são em sua totalidade heterossexuais e possuem baixa escolaridade, tendo seu diagnóstico realizado após conhecimento do *status* sorológico do parceiro ou aparecimento de sinais e sintomas sugestivos da infecção. Os homens possuem a faixa etária preponderante acima de 40 anos, na sua maioria não possuem parceira fixa, tem baixa escolaridade e apresentam homossexualidade ou bissexualidade como importante categoria de exposição. A sua maioria procura o serviço para testagem sorológica já em fases avançadas da doença, com sintomas sugestivos de infecção por HIV / AIDS.

Em relação ao estado imunológico dos pacientes à admissão no serviço podemos notar que existe um atraso no diagnóstico, já que 53 % dos mesmos foram admitidos em Estádio 3 da doença, com imunodepressão importante. As mulheres são admitidas com melhores níveis de linfócitos CD4+ e carga viral mais baixa que a dos homens, respondem melhor à terapêutica instituída e apresentam melhor índice de adesão à terapia antirretroviral.

Na comparação por períodos podemos perceber que existe um aumento significativo na procura do CTA/SAE de Guanambi-Ba por municípios vizinhos, refletindo a consolidação do serviço como referência regional para diagnóstico e tratamento das DST's/HIV/AIDS. A procura do serviço para realização de testes HIV por outros motivos que não sejam sinais e sintomas da doença vêm progredindo significativamente nos últimos anos, podendo ser resultado positivo das campanhas educativas nas comunidades, assim como da estratégia de Campanhas “Fique Sabendo”, com utilização de testes rápidos diagnósticos em municípios de difícil acesso, propiciando o diagnóstico mais precoce da infecção por HIV.

No que se refere a adesão a terapia e negatificação das taxas de viremia plasmática podemos considerar que a baixa adesão à terapia na população masculina e pior controle de viremia, levando a falência terapêutica e maior taxa de óbitos nesta categoria. Baseado nestes dados identifica-se a necessidade de abordagens específicas para estes pacientes pela equipe multidisciplinar, buscando identificar questões

individuais que possam induzir ao abandono de terapia ou ao uso irregular da medicação, buscando estratégias para melhorar adesão à terapia antiretroviral instituída.

A taxa geral de negatificação viral no serviço foi de 76,5% para carga viral indetectável e 85,3% para carga viral de até 1.000 cópias, evidenciando um adequado controle da viremia dos pacientes, índice que se aproxima do preconizado pelo Ministério da Saúde para o ano de 2020, que é 90% de negatificação viral.

REFERÊNCIA

AGGLETON, P.; PARKER, R. HIV e AIDS relacionadas com o estigma e da discriminação: um quadro conceitual e implicações para a ação. **Social Science & Medicine**, 2003.

BARRÉ-SINOUSSE, F.; ROSS, A. L.; DELFRAISSY, J. F. Past, present and future: 30 years of HIV research. **Nature reviews: Microbiology**, v. 11, n. 12, p. 877-883, 2013

BHASKARAN, K. et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. **JAMA**, v. 300, n. 1, p. 51–59, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do hiv e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 20p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf> Acesso em: 10 abr. 2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de DST e AIDS**. Brasília 2014.

CAIAFFA, W.T. et al. The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. **Clin Infect Dis** 2003; 37 Suppl 5:S376-81.

CAMPOS, C. G. A. P.; ESTIMA, S. L.; SANTOS, V. S.; LAZZAROTTO, A. R. A vulnerabilidade ao hiv em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 310-314, 2014.

CHESNEY, M. A.; MORIN, M.; SHERR, L. Adherence to HIV combination therapy. **Social science & medicine**, v. 50, n. 11, p. 1599-1605, 2000.

CLAVEL F, GUETARD D, BRUN-VEZINET F, CHAMARET S, REY MA, SANTOS-FERREIRA MO, LAURENT AG, DAUGUET C, KATLAMA C, ROUZIOUX C, et al. 1986. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. **Science** 233: 343–346.

COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **The New England journal of medicine**. v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

COLOMBRINI, M. et al. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 576-581.

CONNOR, E. M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus-type 1 with zidovudine treatment. **The New England journal of medicine**, v. 331, n. 18, p. 1173-1180, 1994.

DUARTE, M. T.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2014.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C.A.O.; GUIMARÃES, M.B.L. The influence of religiousness on living with HIV. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2012.

FIGUEIREDO, L. G.; SILVA, R. A. R.; SILVA, I. T. S.; SOUZA, K. G. S.; SILVA, F. F. A. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 805-11, 2013.

FRIEDMAN-KIEN, A.E, et al. Disseminated Kaposi's sarcoma syndrome in young homosexual men. **Am Acad Dermatol**; vol. 5, p.468-71, 1981.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**. Rio de Janeiro, 2002.

GOTTLIEB, M. S. et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. **N. Engl. J. Med.** 305, 1425–1431, 1981.

GRANGEIRO, A. ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006. **Rev. Saúde Pública**, p. 1-10, 2010.

GRECO, D. B.; SIMÃO, M. Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenges and perspectives. *AIDS* (London, England), v. 21, Suppl. 4, p. S37-45, 2007.

KARON, J. M. et al. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 7, p. 1060-1068, 2001.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras.** [página na Internet] 2009. Ministério da Saúde (MS). Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_aids_dst_v7_n1.pdf> Acesso em 19 de março de 2015

KOVACS, A. et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *The Lancet*, v. 358, n. 9293, p. 1593–1601, 2001.

LEWDEN, C. et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, v. 46, n. 1, p. 72-77, 2007.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, Suppl. 2, p. 87-93, 2007.

MONTANER, J. et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. *PLoS One*, v. 9, n. 2, 2014.

MWABA, P. et al. Use of dried whole blood spots to measure CD4+ lymphocyte counts in HIV-1-infected patients. *The Lancet*, v. 362, n. 9394, p. 1459-1960.

NAVARRO, V. A situação do mundo e da OMS. *The Lancet*, 2004.

NIEUWKERK, P. T. et al. Limited patients adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-infection in a observational cohort study. *Archives of internal medicine*, v. 161, n. 16, p. 1962-1968, 2001.

NÓBREGA, I.; NETTO, E. M.; BRITES, C. Barriers to Prevention of HIV Type 1 Mother-to-Child-Transmission in Bahia, Brazil. *Mary Ann Liebert*, v. 28, n. 3, 2012.

PASQUALOTTO, A.C.; SCHWARZBOLD. Doenças Infecciosas: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed editora, 2006.

PEREIRA, B. S.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; COSTA, H. S.; SILVA, C. A. L.; SAMPAIO, V. S.; Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014.

PERNO, C. F. et al. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 15, n. 31 Suppl. 3, p. S118-S122, 2002.

QUINN, T. C. et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. **The New England journal of medicine**, v. 342, n. 13, p. 921-929, 2000.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 9º Edição Revisada e Ampliada. Rio de Janeiro – RJ. 2008.

RIGATO, P.O.; CASSEB, J. Patogênese da infecção pelo HIV e reservatórios. In DUARTE, A.J.S. Série da pesquisa à prática clínica. São Paulo, Atheneu 2010

SABINO, EC; SAÉZ-ALQUEZAR, A; etiologia e subtipos do HIV in VERONESI, R ET al. HIV/AIDS: etiologia, patogenia, patologia clínica e tratamento e prevenção. São Paulo: Ed, Atheneu, 1999.:

SANTOS, N. J. S.; BARBOSA, R. M.; PINHO, A. A.; VILLELA W. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 321-333, 2009.

SHARP PM, ROBERTSON DL, GAO F, HAHN BH. 1994. Origins and diversity of human immunodeficiency viruses. **AIDS** 8: S27–S42.

SILVA, A. C. O.; REIS, R. K.; NOGUEIRA, J. A.; GIR, E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-7, 2014.

TEIXEIRA, C; DOURADO, E. L; SANTOS, M.P; BRITES, C. Impact of use of alcohol and illicit drugs by AIDS patients on adherence to antiretroviral therapy in Bahia, Brazil. **AIDS Res Hum Retroviruses**. V. 5, p. 799-804, 2013.

TEIXEIRA, R. P.; VITÓRIA, M. A.; BARCAROLO, J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. **AIDS** (London, England), v. 18, Suppl. 3, p. S5-7, 2004.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Folder%20A%20ONU%20e%20a%20Resposta%20%E0%20aids%20no%20Brasil%20%AA%20Edi%E7%E3o%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 02 de março de 2015.

VITÓRIA, M. A. A. **Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral**. Programa Nacional de DST/Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde [monografia na Internet] Brasília: Ministério da Saúde [acesso em janeiro de 2005]. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15conceitos_rec_basicas.pdf >. Acesso em 03 de fev. 2015.

WAINBERG, M. A.; FRIEDLAND, G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. **JAMA**, v. 279, n. 24, p. 1977-1983, 1998.

WARE, N.C; WYATT, M.A; TUGENBERG, T. Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs. **Soc Sci Med**. 2005;61(3):565-76.

APÊNDICES

Apêndice 1- instrumento de coleta de dados

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde (MCAS)
PUC- Goiás

**PERFIL SOCIOECONÔMICO, CLÍNICO E LABORATORIAL DE PACIENTES COM HIV/AIDS NO
CENTRO-SUL DA BAHIA/BRASIL: ACOMPANHAMENTO E ADESÃO À TERAPIA.**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Identificação do paciente: Ficha nº _____
 Nº do registro do paciente: _____ Ano matrícula : _____
 Iniciais do nome do paciente: _____
 Sexo: ()1. Masculino ()2. Feminino () 3. Ignorado
 Data admissão no SAE ___/___/___ Data de nascimento: ___/___/___
 Idade à admissão no SAE: _____ anos

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE À ADMISSÃO NO CTA:

Escolaridade :
 ()1. Nenhuma ()2. De 1 a 3 ()3. De 4 a 7
 ()4. De 8 a 11 ()5. 12 ou mais ()9. Ignorado
 Ocupação: _____
 Naturalidade(vide tabela):: _____ (____)
 Procedência (vide tabela): _____ (____)
 Se Guanambi - Bairro(vide tabela):: _____ (____)

Estado civil:
 () 1. Solteiro () 2. Casado /Amasiado () 3. Viúvo
 ()4. Divorciado / Desquitado ()9. Ignorado

Parceiro fixo:
 () 1. Sim (casado/amasiado) ()2. Não
 Data de Matrícula no CTA: ___/___/___ (DD/MM/AA)
 Categoria de Exposição ao HIV (segundo modelo hierarquizado):
 ()1. Uso de drogas injetáveis ()2. Bissexual ()3. Homossexual
 ()4. Hetrossexual ()5. Transmissão vertical ()6. Transfusão sanguínea
 ()5. Uso de outras drogas Qual: _____ ()9. Ignorado
 Data de primeiro teste de HIV positivo : ___/___/___(DD/MM/AA)
 Motivo pelo qual realizou o teste HIV:
 ()1. Sintomas sugestivos de infecção por HIV/AIDS
 ()2. Triagem sorológica em Banco de Sangue

- () 3. Triagem do pré natal
- () 4. Assintomático com parceiro soropositivo
- () 5. Doença sexualmente Transmissível
- () 6. Situação de percepção de risco
- () 7. Campanha fique sabendo (CFS)/ Comunicante direta de soropositivo da CFS.
- () 9. outro motivo. Citar: _____

DIAGNÓSTICO ATÉ O MOMENTO DE ADMISSÃO NO CTA:
--

Estádio Clínico HIV segundo Classificação do CDC 2014.

- () 1. Infecção estágio 0
- () 2. Infecção por HIV estágio I (CD4 > 500 células).
- () 3. Infecção por HIV estágio 2 (CD4 200 - 499 células)
- () 4. Aids estágio 3 (CD4 < 200 células)
- () 5. AIDS estágio 4
- () 6. Ignorado

Manifestações de imunodeficiência avançada.

- () 1. Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada a diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração ≥ 1 mês) ou fadiga crônica e febre ≥ 1 mês
- () 2. Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
- () 3. Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano)
- () 4. Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração > 1 mês) ou visceral em qualquer localização
- () 5. Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões
- () 6. Tuberculose extrapulmonar
- () 7. Sarcoma de Kaposi
- () 8. Doença por Citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos)
- () 9. Neurotoxoplasmose
- () 10. Encefalopatia pelo HIV
- () 11. Criptococose extrapulmonar
- () 12. Infecção disseminada por micobactérias não-M. tuberculosis
- () 13. Leucoencefalopatia multifocal progressiva Data: () 14. Criptosporidiose intestinal crônica (duração > 1 mês)
- () 15. Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês)
- () 16. Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidiomicose)
- () 17. Septicemia recorrente por *Salmonella* não-thyphi
- () 18. Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central
- () 19. Carcinoma cervical invasivo
- () 20. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
- () 21. Leishmaniose atípica disseminada
- () 22. Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

Manifestações de imunodeficiência moderada

- () 1. Perda de peso inexplicada (> 10% do peso)
- () 2. Diarréia crônica por mais de um mês
- () 3. Febre persistente inexplicada por mais de um mês (> 37,6°C, intermitente ou constante)
- () 4. Candidíase oral persistente
- () 5. Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- () 6. Leucoplasia pilosa oral
- () 7. Tuberculose pulmonar

- ()8. Infecções bacterianas graves (por exemplo: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite,
 ()9. infecções ósteo-articulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
 ()10. Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
 ()11. Anemia inexplicada (< 8 g/dL), neutropenia (< 500 células/ μ L) e/ou trombocitopenia crônica (< 50.000 células/ μ L)
 ()12. Angiomatose bacilar
 ()13. Displasia cervical (moderada ou grave)/ carcinoma cervical *in situ*
 ()14. Herpes zoster
 () 15. Listeriose
 ()16. Neuropatia periférica
 ()17. Púrpura trombocitopênica idiopática

Outras comorbidades:

- ()1. Ausentes
 ()2. Hipertensão
 ()3. Diabetes
 ()4. Cardiopatia
 ()5. Hipercolesterolemia
 ()6. Hipertrigliciridemia
 ()7. Depressão
 ()8. Transtorno mental
 ()9. Outros _____

Fatores associados nos últimos 12 meses:

1. Tabagismo () sim () Não
 2. Etilismo () sim () Não
 3. Uso de Drogas. () sim () Não Qual? _____

<p>PARÂMETROS LABORATORIAS NA ADMISSÃO OU NO 1º EXAME REALIZADO NO ACOMPANHAMENTO DO SAE.</p>
--

CD4: _____ células _____ %CD4 Data: ___/___/___ () ignorado
 Carga viral: _____ cópias _____ log Data: ___/___/___ () ignorado

<p>EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO APÓS 06 MESES</p>
--

Data do início da primeira terapia ARV ___/___/___
 1ª carga viral 06 meses pós tratamento _____ cópias _____ log
 Método: _____ Data ___/___/___
 1º CD4 06 meses pós tratamento _____ células _____ % CD4
 Método: _____ Data ___/___/___
 Adesão na ficha de controle da farmácia nos últimos 6 meses (06 dispensações) ?
 ()1. sim ()2. não. ()3. NSA

Compareceu a 03 consultas no último ano? ()1. sim ()2. não. ()3. NSA

SITUAÇÃO VIROLÓGICA E IMUNOLOGICA ATUAL

Ultimo CD4: _____ células _____ % CD4 Método: _____ Data: __/__/____

Última Carga Viral : _____ cópias _____ log Método: _____ Data __/__/____

Encerramento do caso na data da pesquisa:

() 1. em acompanhamento ()2. óbito ()3. Evasão ()4. Transferido ()9. Ignorado