

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE BIOMEDICINA

DIENIFER PADILHA BORGES

PREVALÊNCIA DO VÍRUS HIV E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

CRICIÚMA-SC

2017

DIENIFER PADILHA BORGES

**PREVALÊNCIA DO VÍRUS HIV E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Biomedicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Liziarca Fraporti

MSC. LIZIARA SILVA FRAPORTI – Orientadora

Ana Daniela Coutinho Vieira

Esp. Ana Daniela Coutinho Vieira

José Otávio Feltrin

MSc. José Otávio Feltrin

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos que me acompanharam durante toda a minha trajetória acadêmica e não mediram esforços para me ajudar na realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos, por ouvir e atender minhas orações em todos os momentos da minha vida e principalmente por todas as graças concedidas.

Aos meus pais Zeila e Valdeco, que me deram a vida, por me passarem valores tão especiais, por acreditarem no meu potencial e não deixarem eu desistir dos meus sonhos. Por tudo, eu amo vocês!

Ao meu irmão Diego que sempre me auxiliou nos problemas técnicos com o computador, e vibra comigo a cada conquista.

Aos meus amigos de faculdade, em especial a Alice, Bruna, Elisa, Evelyn, Gabriela, Guilherme, Luiz, Marieli e Thays, com quem compartilhei muitos momentos, risadas, choros, festas e pelas ajudas nos estudos das provas, nas práticas e por todo carinho. Vocês são muito especiais pra mim.

Aos meus amigos do grupo de oração jovem Proclamando a Glória por todo carinho e amor, por todos os momentos que compartilhamos juntos, por todo o apoio e por compreenderem minha ausência nas semanas de provas.

Aos demais amigos e colegas que de alguma forma estiveram comigo durante a graduação, por acompanharem meus dramas e minhas conquistas pessoalmente e pelas redes sociais.

Aos professores do curso de biomedicina pelos conhecimentos passados durante os anos de curso, por me fazer ter a certeza de que escolhi a profissão certa amando cada dia mais a biomedicina.

A professora e orientadora Liziara pela paciência, pelos momentos de aprendizagem compartilhados, por aturar meus dramas e por acreditar em mim para a realização desse trabalho.

Ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a Secretaria de Saúde de Içara que permitiu a coleta dos dados e realização do estudo, a todos os funcionários que me receberam com carinho que foram sempre disponíveis, amáveis e atenciosos e me ajudaram de alguma forma.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense pelo incentivo à pesquisa, extensão, estágios e participação dos projetos da universidade.

Em especial e em memória de um grande amigo Jacson Santiago que contribuiu diretamente no meu trabalho me ajudando na criação do projeto. Agradeço a Deus por você ter feito parte da minha vida e da minha história. Tu sempre estará no meu coração.

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena

Acreditar no sonho que se tem...

(Renato Russo)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Taxa de detecção de AIDS (/100 mil habitantes) segundo UF e capital, Brasil 2015.....	14
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos infectados pelo HIV que procuraram o Serviço de Atendimento Especializado (SAE).....	28
Tabela 2: Características sociodemográficas (naturalidade e cidade atual) dos indivíduos infectados pelo HIV que procuraram o Serviço de Atendimento Especializado (SAE).....	29
Tabela 3: Dados sexuais e de risco dos usuários do serviço.....	30
Tabela 4: Detecção e Adesão ao tratamento.....	31
Tabela 5: Tempo de Tratamento e status imunológicos, virológicos e clínicos dos usuários do serviço.....	34
Tabela 6: Efeitos colaterais e Doenças oportunistas durante o tratamento.....	35
Tabela 7: Desistência do tratamento antirretroviral durante os anos estudados	36

LISTA DE SIGLAS

AIDS - síndrome da imunodeficiência adquirida

AMREC - Associação dos Municípios da Região Carbonífera

AZT - Azidotimina/Zidovudina

CEMAS - Centro Municipal de Atendimento a Sorologia

DST - Doença sexualmente transmissível

ELISA - Teste imunoenzimático

HIV - Vírus da imunodeficiência Humana

HSH - Homem que faz sexo com homem

ITRN - Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

ITRNN - Inibidores de transcriptase reversa análogos não nucleosídeos

NAT - Teste ácidos nucleicos

PCR - Reação em Cadeia de Polimerase

RNA - Ácido ribonucleico

SAE - Serviço de atendimento especializado

SIV - Vírus da imunodeficiência símia

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciencies*

SRA - Síndrome Retroviral Aguda

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Antirretroviral Terapia Antirretroviral Altamente Ativa

UNAIDS - Conjunto das Nações Unidas sobre a AIDS

WB - Western Blot

RESUMO

O vírus da imunodeficiência humana é causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), sendo uma das doenças sexualmente transmissíveis mais presentes na população atualmente, tendo a necessidade de acompanhamento por profissionais da saúde, exames e tratamento medicamentoso para acompanhamento da doença, que são oferecidos pelo sistema único de saúde (SUS). O presente estudo trata-se do levantamento de dados de pacientes infectados pelo vírus HIV, para verificar a prevalência do vírus HIV de um município do Extremo Sul Catarinense e estimar a adesão ao tratamento antirretroviral, entre os anos de 2014 a 2016 no Serviço de atendimento especializado (SAE) deste município. Através dos bancos de dados dos prontuários também foram descritos os fatores relacionados a não adesão ao tratamento antirretroviral, que pode estar relacionado com o sexo, idade, escolaridade entre outros fatores. A adesão a terapia antirretroviral é importante para o sucesso do tratamento do HIV/AIDS, tendo em vista a importância do trabalho realizado pelos profissionais da saúde na atenção primária com a prevenção e promoção a saúde nos. Com base nos resultados obtidos na pesquisa observa-se que entre os casos de HIV/AIDS no município de Içara a maioria ocorre no sexo masculino, solteiros, heterossexuais, com baixo nível de escolaridade. A prevalência de HIV positivo é de 23 casos a cada 10.000 habitantes, destes 16 aderem o tratamento antirretroviral no mesmo ano em que são diagnosticados, sendo inclusos no programa de HIV/AIDS do SAE, realizando os exames de monitoramento, as consultas com infectologista, acompanhamento com profissionais da saúde.

Palavras chaves: Vírus HIV; adesão; antirretrovirais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 VIRUS DO HIV	11
1.2 HIV NO BRASIL	13
1.3 DIAGNÓSTICO DO VÍRUS HIV	15
1.4 TRATAMENTO ANTI - RETROVIRAL	17
1.5 ADESÃO AO TRATAMENTO	19
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2.2.1 Obter levantamento dos pacientes infectados.....	21
2.2.2 Descrever os fatores relacionados a não adesão	21
2.2.3 Verificar se existe associação	21
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
3.1 TIPO DE ESTUDO	22
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	22
3.2.1 Amostra.....	22
3.3 AMOSTRAGEM	24
3.3.1 Critérios de inclusão.....	24
3.3.2 Critérios de exclusão.....	24
3.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL	24
3.5 COLETA DE DADOS	24
3.6 INFORMAÇÕES ÉTICAS	24
3.6.1 Riscos e benefícios da pesquisa.....	25
3.7 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE	41

1. INTRODUÇÃO

1.1 VIRUS DO HIV

Não é raro hoje em dia ouvir falar sobre a promoção de saúde relacionada a doenças sexualmente transmissíveis (DST), embora hajam meios de prevenção e conscientização sobre o risco de contaminação das DST's ainda surgem diariamente casos de indivíduos infectados que precisam de tratamento e acompanhamento especializado (BRASIL, 2015)

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus da família *Retroviridae*, do gênero *Lentivirus* causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) que é uma DST que quando presente, faz com que os indivíduos necessitem de atendimento dos profissionais da saúde, exames e tratamento medicamentosos para acompanhamento da doença, sendo estes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVEIRA, 2011; BRASIL, 2015).

Estudos revelam que o vírus HIV se originou após múltiplas transmissões do Vírus da Imunodeficiência do Símio (SIV), de primatas não humanos como os macacos, para humanos na região Oeste e Central da África. A transmissão acontecia quando os humanos entravam em contato com o sangue no animal, através da caça, criação como animal de estimação e o consumo da carne. Com a grande variação do SIV e transmissões entre primatas não humanos e humanos o vírus HIV encontra-se em duas linhagens, classificadas filogeneticamente em HIV-1 e HIV-2 (SILVA, 2014).

Os subtipos HIV-1 e HIV-2 se diferenciam na virulência, transmissão e na distribuição geográfica, mas são semelhantes na sua forma genômica, morfológica e tropismo celular. O HIV-1 é mais patogênico e está associado a maioria dos casos de infecção por todo o mundo, sendo o principal causador da epidemia da AIDS com maiores níveis de viremia. Enquanto o HIV-2 possui taxas de infecções reduzidas e uma progressão lenta para causar a doença apresentando alguns casos esporádicos relatados em poucos países (SILVEIRA, 2011; SILVA, 2014).

O vírus HIV apresenta estrutura em forma de envelope lipoproteico formado por uma bicamada fosfolípídica, na qual ficam inseridas proteínas e

enzimas que auxiliam no processo de ligação do vírus na célula alvo. Sua conformação genética é constituída por duas fitas de RNA simples e para se reproduzir o vírus precisa da ação de uma enzima chamada transcriptase reversa, que atua produzindo uma cópia de DNA a partir de seu RNA genético, incorporando esse material genético no hospedeiro. Quando o vírus é integrado à célula alvo passa a ser chamado então de provírus (ALVES, 2014; TRINDADE et al., 2000; VERONESI et al., 2004 e RACHID et al., 2005).

As células alvo são as células de defesa que apresentam molécula de CD4 em sua superfície, como os linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas. A molécula de CD4 acaba mediando à entrada do vírus na célula, pois age como receptor tendo uma interação de alta afinidade com a glicoproteína viral gp120. Além da interação gp120-CD4 ocorre à ação de correceptores como CCR5 e CXCR4 que ao sofrerem alterações conformacionais facilitam a entrada viral (FERREIRA et al., 2010; TRINDADE et al., 2000; VERONESI et al., 2004 e RACHID et al., 2005).

Após a invasão do vírus no sistema imune, o paciente pode manifestar infecção aguda, período de latência e fase sintomática e posteriormente a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) com o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias (BRASIL 2013). Na infecção aguda a viremia atinge seu ponto máximo e ocorre a diminuição de células T CD4+, apresentando os sintomas semelhantes de uma gripe. Neste período a infecção causa consequências imunológicas, como falha no sistema imune e progressão para AIDS durante o transcurso da infecção (ALVES, 2014).

Na fase de latência as respostas imunes e humorais são desencadeadas, mas acabam não sendo suficientes para conter a propagação viral, podendo ocorrer mais tarde um quadro de imunossupressão, que é quando acontece a redução da atividade e eficiência do sistema imune. Esta fase está associada a uma severa depleção de células TCD4+ no tecido linfóide e mucosas (ALVES, 2014).

A ativação do sistema imune também envolve mecanismos efetores, como a produção dos anticorpos neutralizantes e respostas mediadas por linfócitos TCD8+ citotóxicos e não citotóxicos, que acabam tendo a função de contribuir no controle da replicação viral, causando a lise das células infectadas,

podendo apresentar níveis elevados de quimiocinas e citocinas pro-inflamatórias no soro sanguíneo do indivíduo infectado (ALVES, 2014).

A AIDS ainda é uma doença sem cura, porém, com avanços científicos na pesquisa e nos medicamentos foi possível a introdução da terapia antirretroviral (TARV), e então passou a ser considerada uma condição crônica. O uso da TARV possibilitou uma qualidade de vida maior e melhora significativa da sobrevida dos portadores do vírus (FERREIRA et al., 2016).

1.2 HIV NO BRASIL

No Brasil os primeiros casos da doença pela infecção do vírus HIV foram relatados em 1980, mas em alguns anos antes, observava-se sua existência nos Estados Unidos sendo descrito como um tipo de câncer que atacava o sistema imunológico fazendo com que doenças relativamente fracas que o organismo combatia sozinho acabavam se tornando letais (SILVA, 2015).

Desde os primeiros relatos da infecção pelo vírus HIV os casos estavam relacionados com homossexuais do sexo masculino, profissionais do sexo e usuários de drogas, mas no decorrer dos anos com a disseminação da doença não se caracteriza apenas estes indivíduos e sim indivíduos que tem comportamento de risco, que são práticas que expõe o indivíduo a contaminação com o vírus se tornando vulnerável, independentemente de sua opção sexual e condições socioeconômicas (SILVA, 2015).

Desde 1985, o Governo Brasileiro tem o Programa Nacional de DST e AIDS para combater epidemia causada pelo vírus HIV no país, sendo ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os movimentos sociais geraram forças para que o governo investisse no combate à epidemia, fazendo com que o Brasil fosse um dos primeiros países do mundo a adotar políticas públicas no combate a AIDS, ganhando visibilidade internacional em relação ao combate à doença (BRASIL, 2015).

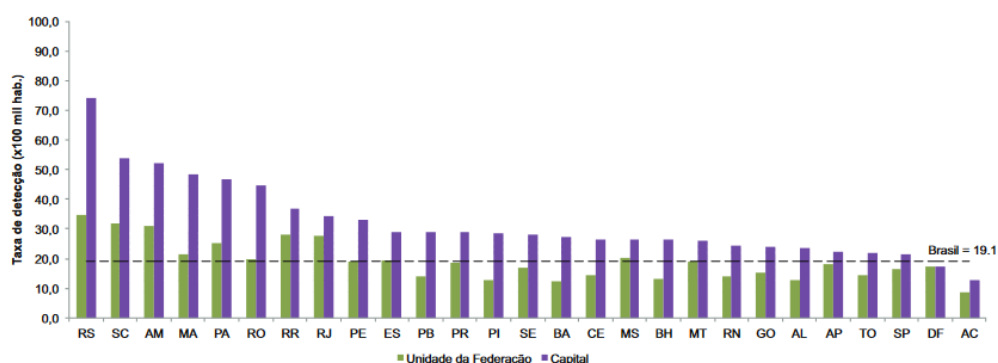
A partir da década de noventa o governo brasileiro assegurou aos portadores da infecção pelo vírus HIV o acesso ao tratamento com antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde. Com isso foi possível melhorar qualidade de vida do indivíduo infectado e aumentar sua sobrevida, reduzindo a disseminação da epidemia no país (BRASIL, 2015).

A epidemia nacional da doença causada pelo vírus HIV apresenta-se estável e controlada, com taxa de detecção de AIDS estabilizada, com cerca de 20 novos casos a cada 100 mil habitantes no país. No entanto é uma doença que precisa ser enfrentada continuamente, e para isso o país desenvolve ações e campanhas voltadas para atenção da doença, aos direitos humanos e combate ao preconceito (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, desde o início da epidemia de AIDS no Brasil, até junho de 2015, foram registrados 798.366 novos casos de AIDS no país, sendo observadas diferenças nas proporções dos dados de acordo com cada região, tendo a região Sul e Centro-Oeste com maior número de casos. A média nacional é de 20 novos casos a cada 100 mil habitantes, mas no Sul a média é um pouco maior cerca de 32 novos casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

O Estado de Santa Catarina está em situação acima da média brasileira na infecção do vírus HIV e mortalidade em função da AIDS, ocupando o segundo lugar no ranking nacional em taxa de detecção de HIV/AIDS, estando entre os estados com aumento significativo de infecção por HIV, depois do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015).

Figura 1: Taxa de detecção de AIDS(/100 mil habitantes) segundo UF e capital, Brasil 2015.



Fonte: Boletim epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL,2016)

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da saúde, de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sinan 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, destes 28.879 no Sul (21,1%). Em 2016 foram notificados 536 novos casos de HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina, de 2007 a 2016 foram notificados o total de 4970 casos de HIV/AIDS no Estado. E em

2015, o ranking das UF referente às taxas de detecção de HIV/AIDS mostrou que os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina apresentaram as maiores taxas, com valores de 34,7 e 31,9 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

1.3 DIAGNÓSTICO DO VÍRUS HIV

As manifestações clínicas da infecção pelo vírus HIV são muito semelhantes a outras infecções, sendo denominada como Síndrome Retroviral Aguda (SRA), apresentando sintomas entre a primeira e terceira semana após a infecção. De 50% a 90% dos indivíduos infectados apresentam manifestações clínicas que caracterizam a SRA, geralmente inclui febre alta, mialgia que são dores musculares, dores de cabeça, linfadenomegalia que altera o tamanho dos nódulos linfáticos, ficando aumentados visivelmente no paciente, entre outros sintomas (BRASIL,2013).

A maior parte dos sintomas acaba desaparecendo em poucas semanas, mas é necessário que o médico investigue fontes de infecção pelo vírus, pois se o paciente estiver no período de janela imunológica, que é quando os anticorpos contra o vírus estão presentes em níveis baixos e indetectáveis, sendo o período compreendido entre o início da infecção e a detecção dos anticorpos, apresentando resultado falso negativo no teste rápido (BRASIL,2013; SCHUSTER et al., 2013).

O teste rápido é um exame que não precisa ser feito necessariamente em um laboratório, a leitura e interpretação são realizadas em 30 minutos, o resultado é obtido a partir da detecção de antígenos e/ou anticorpos do vírus no soro sanguíneo do paciente. Quando o teste sorológico rápido apresentar resultado negativo, mas o médico desconfia que o paciente esteja em período de janela imunológica, acaba sendo necessária a utilização de métodos moleculares para a detecção do genoma viral (BRASIL,2013; SCHUSTER et al., 2013).

Os métodos moleculares e sorológicos mais utilizados são os testes de ácidos nucleicos (NAT) e o teste imunoenzimático (ELISA). O teste de ELISA é realizado por ensaio de imunoabsorção por ligações enzimáticas

específicos para anti-HIV, com alta especificidade e sensibilidade. Quando o teste ELISA apresentar resultados positivos podem ser confirmados por testes que detectam proteínas virais específicas como o Western Blot (WB). O WB é realizado com a técnica de eletroforese das proteínas virais e antígenos, que se distribuem de acordo com seus pesos moleculares (SCHUSTER et al., 2013).

Os testes de ácidos nucleicos, que são moleculares utilizam a Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) usando as células **in vitro**, possibilitando a síntese de fragmentos de DNA, utilizando a enzima DNA-polimerase, que é a mesma que participa da replicação do material genético na célula. Os testes de PCR tiveram sua sensibilidade melhorada, sendo capazes de detectar 40-50 cópias virais por milímetro de plasma sanguíneo, sendo o método utilizado para a confirmação do vírus do HIV (OLIVEIRA et al., 2013; OKAY e GRANATO, 2000).

Utiliza-se também a avaliação da carga viral, que é quantidade de cópias virais no sangue do indivíduo infectado, e também é realizada a contagem de TCD4⁺ e TCD8⁺, que é fundamental no acompanhamento da progressão da doença e se a terapia antirretroviral é indicada ao portador do vírus HIV. Em indivíduos soro negativos o valor normal de CD4⁺ está entre 500 e 1200 células/mm³ de sangue, nas pessoas infectadas pelo vírus fazendo o uso de antirretrovirais o valor deve ser maior que 350 células/mm³, quando está a baixo de 350 células/mm³ geralmente são em indivíduos que ainda não iniciaram o tratamento sendo indicado o uso da terapia antirretroviral imediatamente, e quando os valores estão a baixo de 200 células/mm³ há um risco agravado de doenças e outras infecções (OKAY e GRANATO, 2000; ALCORN 2013).

Em indivíduos não tratados o número de cópias do vírus pode ser superior a 1 milhão por mililitro de sangue, durante o tratamento a carga viral alta oscila de 5000 a 10.000 cópias/mL. E dependendo do método de tratamento usado a carga viral baixa entre 40 a 500 cópias/mL indicando progresso lento da doença, ou quando estiver com valores muito baixo a carga viral se torna indetectável (OKAY e GRANATO, 2000).

1.4 TRATAMENTO ANTI - RETROVIRAL

O tratamento com antirretroviral é fundamental para a diminuição da replicação viral e da disseminação do vírus, reduzindo a quantidade de HIV (carga viral) no sangue para um nível muito baixo, até que a carga viral fique “indetectável”, que é quando o indivíduo apresenta menos de 50 partículas do HIV em cada mililitro de sangue, evitando a infecção de novas pessoas com vírus HIV. Por isso o governo brasileiro adotou métodos de distribuição dos medicamentos necessários para o tratamento de indivíduos infectados com o vírus, melhorando a expectativa e a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2010; ALCORN et al., 2013).

O ano de 1986 foi marcado pela criação dos primeiros medicamentos conhecidos como coquetel AZT (Azidotimina/Zidovudina®), indicado para o tratamento de indivíduos portadores de HIV que apresentavam quando de imunodeficiência. Esse coquetel, todavia, apresentava resultados não tão eficazes, em virtude da baixa recuperação funcional do sistema imune e da pouca redução do número de partículas virais no sangue (ALCORN et al, 2013).

Em 1996 foram descobertas novas categorias de medicamentos, que foram os inibidores da protease e os inibidores da transcriptase reversa, não nucleosídeos, denominada de Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (TARV). Essa terapia medicamentosa teve resultados significativos na eficácia do tratamento de pessoas infectadas pelo vírus HIV, pois reduziu as taxas de morbidade e mortalidade por AIDS, diminuindo os episódios de internações (BRASIL, 2010).

Para reduzir a carga viral no sangue do paciente com maior eficácia possível, o médico irá dispor uma combinação potente de medicamentos antirretrovirais. Na medida em que a carga viral diminui no organismo, o sistema imunitário começa a se recuperar, voltando a sua capacidade de combater infecções, melhorando o estado de saúde (ALCORN et al., 2013; BRASIL 2015).

Atualmente são utilizadas algumas drogas no tratamento anti-HIV, que são inibidores de transcriptase reversa, análogos de nucleosídeos (ITRN) que acabam impedindo a reprodução do vírus, atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se na cadeia de DNA que o vírus cria para entrar na célula, fármacos como Abacavir, didanosina, Estavudina e Lamivudina tem essa

ação. Os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN) impedem a replicação do vírus HIV, pois bloqueiam diretamente a ação da enzima transcriptase reversa, impedindo a multiplicação do vírus no organismo, que são fármacos como Efavirens, Nevirapina e Etravirina (BRASIL, 2010; BRASIL 2015).

Os inibidores de protease, como os fármacos Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Ritonavir, entre outros, atuam na enzima protease bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas pelo HIV. Os inibidores de fusão que não deixam que o vírus entre na célula, impedindo a sua reprodução, fármaco como a Enfuvitida tem essa função. E os inibidores de integrase, que é uma enzima responsável pela inserção do DNA do vírus no DNA humano, assim acaba inibindo a replicação do vírus e a sua capacidade de infectar novas células, os fármacos que tem essa função são o Raltegravir e o Doluteravir que é o medicamento mais recente distribuído na rede pública (BRASIL, 2010; ALCORN; et al., 2013; SPRINZ, 2016).

É recomendado que o tratamento com antirretrovirais iniciem logo após o diagnóstico positivo para HIV/AIDS, mesmo que o indivíduo infectado seja assintomático e a contagem de CD4+ ainda esteja elevada, é que a replicação viral está associada com o desenvolvimento de outras doenças e antes que apresente os sintomas é iniciado a TARV (ALCORN et al., 2013; BRASIL 2015).

A terapia antirretroviral é disponibilizada pelo SUS para todos os indivíduos com diagnóstico positivo para HIV/AIDS, independente da carga viral e da contagem de CD4, pois com início precoce de TARV ocorre a redução da transmissão e reduz a morbimortalidade. É importante que seja esclarecido ao paciente o risco benefício do tratamento, respeitando a autonomia do indivíduo de iniciar ou não o tratamento sem qualquer tipo de coerção. E ainda estimular o uso de preservativos pois mesmo com o tratamento há o risco de transmissão (BRASIL 2015).

A medicação deve ser administrada em horários rígidos, tendo atenção para interações medicamentosas e observação dos efeitos adversos indesejáveis, como toxicidade das drogas. Sendo indispensáveis acompanhamentos regulares dos profissionais da saúde, para que o paciente possa manter-se no tratamento (BRASIL, 2010).

1.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A terapia antirretroviral melhorou a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV, mas alguns efeitos adversos associados à medicação como diarreia, vômitos, náuseas, manchas avermelhadas pelo corpo em curto prazo e lipodistrofia em longo prazo, que é a mudança na distribuição de gordura pelo corpo, acabam sendo obstáculos para a aderência do tratamento (BRASIL, 2010).

A adesão a terapia antirretroviral é importante para o sucesso do tratamento do HIV/AIDS, sendo fundamental o acompanhamento do paciente por profissionais e centros de saúde para a manutenção individual e da saúde pública, deste modo a adesão deve ser compreendida como um processo dinâmico, entre paciente e equipe de saúde (BRASIL, 2010; NEMES et al., 2009).

A não adesão ao tratamento é uma realidade mundial entre pessoas com doenças crônicas como a AIDS, estudos ainda tentam entender as dificuldades pessoais que levam o indivíduo a não adesão ao tratamentos e toda sua complexidade para auxiliar os profissionais da saúde a lidar com essas dificuldades. Que muitas vezes estão relacionadas com o início do tratamento, adaptação com a nova rotina e quantidades de medicação com seus efeitos adversos (MELCHIOR et al., 2007).

Mesmo com a disponibilidade de medicamentos e os esquemas terapêuticos ainda existe desafios a serem enfrentados para que se tenha a adesão correta do tratamento, por ser uma enfermidade que ainda não tem cura o tratamento é para a vida toda e isso acaba fazendo com que muitos pacientes desistam. É necessário acompanhamento médico e apoio psicossocial para o paciente ao longo do tratamento e também o envolvimento de familiares e pessoas próximas, já que a adesão tende a diminuir após tempo prolongado de tratamento (NEMES et al., 2009).

A política brasileira de acesso a TARV alcançou resultados satisfatórios da adesão ao tratamento, sendo similares a de países ricos, e para que sejam mantidos os resultados positivos as taxas de adesão devem ser mantidas, assegurando o acesso ao tratamento e melhorando a qualidade do

cuidado realizados nos centro especializados de saúde. (MELCHIOR et al., 2007).

Em 2015 foram lançadas novas metas para o combate à epidemia da AIDS até 2030. A meta tríplice consiste em alcançar o fim da epidemia e para isso espera-se que até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. Segundo o UNAIDS a meta triplice, também chamada de meta 90 90 90, é uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável (UNAIDS, 2015)

Diante da atual realidade do crescimento de pessoas infectadas por doenças sexualmente transmissíveis e do vírus HIV, a importância do diagnóstico precoce para a adesão ao tratamento com antirretrovirais é de grande valia, na tentativa de proporcionar melhor qualidade de vida e minimizar as doenças oportunas ao paciente infectado. Sendo assim, o trabalho dos profissionais de saúde neste primeiro momento auxilia na qualidade e processo de desenvolvimento no trabalho multidisciplinar.

Mesmo com os avanços científicos na pesquisa ainda há muita disseminação do vírus pelo desconhecimento da população sobre o trabalho realizado na atenção primária, na promoção, prevenção, e proteção à saúde, realizado através de orientações, teste rápido e encaminhamentos. O presente estudo visa esclarecer os processos realizados na saúde pública sobre a prevalência do vírus HIV em uma cidade do Extremo Sul Catarinense, bem como, verificar a adesão ao tratamento desses indivíduos soropositivos para HIV.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência do vírus HIV e estimar a adesão ao tratamento antirretroviral, entre os anos de 2014 a 2016 em um Serviço de atendimento especializado (SAE) de um município do Extremo Sul Catarinense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Obter levantamento dos pacientes infectados pelo vírus HIV, através dos bancos de dados dos prontuários do Serviço de atendimento especializado (SAE);

2.2.2 Descrever os fatores relacionados a não adesão ao tratamento antirretroviral;

2.2.3 Verificar se existe associação entre sexo, idade, escolaridade ou ocupação e a adesão ao tratamento.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como um estudo epidemiológico, retrospectivo, no qual foram avaliados os casos de positividade do vírus do HIV, nos bancos de dados, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, do serviço de saúde pública do município de Içara, em Santa Catarina. E posteriormente, fora verificado a adesão desses indivíduos ao tratamento antirretroviral.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Prontuários de usuários que tenham frequentado o Serviço de atendimento especializado (SAE) de Içara/SC e tenham feito os testes para detecção do anti-HIV no período de 2014 a 2016.

3.2.1 Amostra

A amostra deste estudo é composta por prontuários de usuários que frequentaram o Serviço de atendimento especializado (SAE) de Içara/SC e fizeram os testes para detecção do anti-HIV no período de janeiro 2014 a dezembro de 2016. Foram incluídos os prontuários de todos os pacientes caracterizados na população alvo, considerando-se o procedimento como coleta censitária. Conforme Rodrigues (2002) esse tipo de coleta se define como aquela em que são retiradas informações de todos os elementos que constituem a população em estudo. Para este estudo foram avaliados 136 prontuários de indivíduos infectados pelo HIV que fazem o acompanhamento clínico no SAE, sendo uma porcentagem dos 407 pacientes cadastrados atualmente.

O estudo foi realizado no município de Içara localizado no litoral sul de Santa Catarina, pertencente a AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera). Içara foi distrito de Criciúma desde 1944, sendo emancipada em 1961 (Lei 796). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística) a população estimada atualmente é de 58.833 habitantes no Município (IÇARA, 2013; IBGE, 2017).

Içara conta com a presença do Programa de DST/HIV/AIDS desde 2001 no Serviço de atendimento especializado (SAE) que realiza os atendimentos iniciais e acompanhamento de indivíduos portadores do vírus HIV. O SAE presta assistência, para a prevenção e tratamento desses indivíduos com atendimento integral e de qualidade aos usuários. Realiza a coleta de material para exame diagnóstico e controle de doenças sexualmente transmissíveis, palestras educativas nas escolas, empresas e comunidade em geral. Conta com acompanhamento dos profissionais da saúde capacitados que prestam atendimentos aos pacientes do programa (IÇARA, 2013).

São realizados exames para identificação de novos casos para a população em geral não sendo necessário requisição médica para a realização dos mesmos, como os testes rápidos que permitem a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos, teste de Elisa que é um dos mais realizados para diagnosticar a doença, realizando testes confirmatórios para em seguida iniciar o tratamento (IÇARA, 2013).

O serviço fornece consulta e acompanhamento médico com infectologista para que possa indicar o melhor tratamento a cada usuário, respeitando suas vontades e estilo de vida, e pediatra em casos de crianças diagnosticadas com o vírus. Além do acompanhamento com psicólogo, pois por se tratar de uma doença sem cura e o tratamento contínuo é necessário um acompanhamento psicológico para a orientação do novo estilo de vida que o paciente terá com a doença e o tratamento e a aceitação da nova realidade.

Nutricionista, indicando a alimentação correta para que se mantenha a saúde integral além da medicação, enfermeiros para o acompanhamento e coleta dos exames, farmacêutico para disponibilizar a medicação indicada pelo médico e também manter o paciente ativo na adesão e retirada da medicação e grupos de adesão e de terapia ocupacional que acontecem semanalmente.

São realizados exames laboratoriais de inclusão e monitoramento do tratamento com a disponibilização da medicação dos pacientes inclusos no programa, com medicamentos específicos a cada paciente de acordo com seu tratamento e são fornecidos mensalmente vale transporte para diminuir a perda de adeptos ao tratamento (IÇARA, 2013).

3.3 AMOSTRAGEM

3.3.1 Critérios de inclusão

- soropositividade do anti-HIV no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016;

3.3.2 Critérios de exclusão

- soropositividade do anti-HIV em indivíduos menores que 18 anos, devido a questões éticas e legais.

3.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

O trabalho utilizou de dados secundários, do banco de dados do Serviço de atendimento especializado (SAE). Os indivíduos foram identificados pelo número de registro (P1; P2; P3, consecutivamente), a fim de preservar os dados pessoais dos mesmos.

Foi realizada análise da prevalência dos indivíduos soropositivos para HIV, posteriormente verificado a adesão ao tratamento antirretroviral desses indivíduos, de acordo com os dados do prontuário, como a frequência em que pegam a medicação e se realizam os exames de monitoramento da carga viral.

Depois dos dados coletados foi possível relacionar os fatores vinculados a não adesão ao tratamento ou que influenciam na baixa adesão como sexo, idade, escolaridade, efeitos colaterais da medicação, entre outros.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através dos prontuários dos pacientes portadores do vírus HIV cadastrados no SAE, que aderiam ou não o tratamento após a descoberta da soro positividade.

3.6 INFORMAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos, da Universidade do Extremo Sul Catarinense. E aprovado com o

protocolo 127611/2016. O presente estudo foi planejado respeitando os preceitos Éticos da resolução número 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Garantindo assim, sigilo a todas as informações coletadas e utilizando o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

3.6.1 Riscos e benefícios da pesquisa

Não existem riscos presumíveis, pois foram resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução nº 466/2012 da pesquisa com seres humanos. Como benefícios o estudo verificou a prevalência do vírus HIV e estimou a adesão ao tratamento antirretroviral, entre os anos de 2014 a 2016 em um Serviço de atendimento especializado (SAE) de um município do Extremo Sul Catarinense. Dados que poderão auxiliar no desenvolvimento de campanhas de prevenção e ações educativas em relação a adesão ao tratamento antirretroviral.

3.7 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software *IBM Statistical Package for the Social Sciencies* (SPSS) versão 22.0.

As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Os resultados foram organizados e apresentados em tabelas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído a partir da análise do banco de dados do Serviço de atendimento especializado (SAE) no município de Içara/SC, obtiveram-se informações sobre o perfil dos usuários que procuraram o serviço entre janeiro de 2014 a dezembro de 2016 para realizar testes anti-HIV. Foram analisados 136 prontuários de indivíduos infectados pelo HIV atendidos no SAE, os dados sociodemográficos dos usuários infectados pelo HIV que procuraram o serviço estão descritos nas tabelas 1 e 2.

A média de idade dos usuários do serviço no presente estudo foi de $41,1 \pm 11,6$, variando entre 21 e 82 anos de idade, 89 (65,4%) eram do gênero masculino. Dados similares foram encontrados em estudos realizados na Cidade de Fortaleza, no Ceará em 2012, com 215 participantes em que a maioria eram do gênero masculino, 144 de um total de 675 pessoas. A idade variou entre 15 e 79 anos, e a faixa etária mais prevalente foi entre 30 e 39 anos, com 74 (34,4%) pessoas, com a faixa etária entre 40 e 49 anos, com 69 (32,1%) pessoas (FIUZA et al., 2013).

Na cidade de Caxias no Maranhão em 2016, foram analisados 472 prontuários de indivíduos infectados pelo HIV ou doentes de AIDS registrados no CTA/SAE e Vigilância Epidemiológica, de ambos os gêneros, e todas as idades, de 1989 a agosto de 2016. Quanto ao gênero observou-se que (54,8%) eram do gênero masculino e (45,2%) gênero feminino, com predominância a faixa etária de 30-39 anos (ABREU et al., 2016).

Na região sul na cidade de Tubarão em 2010, foram analisados 476 prontuários de indivíduos infectados pelo HIV atendidos no serviço de atendimento especializado municipal. A média de idade foi de 39,9 anos ($DP \pm 12,1$), variando entre 1 e 79 anos de idade, e 272 (58,2%) eram homens. E na capital catarinense, Florianópolis no ano de 2009 foram notificados 258 novos casos de HIV/AIDS positivo, com predominância do gênero masculino 158 (61,2%), principalmente nas faixas etárias de 30 a 44, evidenciando que há mais pessoas infectadas pelo HIV em idade reprodutiva, jovens adultos, dos 15 a 49 anos. Embora haja um aumento do número de mulheres infectadas com HIV, os dados corroboram com os estudos citados anteriormente realizados em outras regiões brasileiras e de outros municípios de Santa Catarina, em que

predominam pacientes do gênero masculino (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; TRAEBERT et al., 2015).

Segundo Neto et al (2013) historicamente, os homens estão mais sujeitos à exposição em situações de risco do que as mulheres e isso contribui para uma prevalência maior do HIV nessa população, pois iniciam a vida sexual mais cedo e possuem vários parceiros casuais durante a vida e muitas vezes há um descaso do uso de preservativo com a ocorrência de práticas sexuais inseguras o que torna esta população vulnerável às infecções pelo HIV.

Em relação ao grau de escolaridade, o presente estudo demonstrou um dado preocupante, cerca de 67 (49,3%) usuários tem o Ensino Fundamental incompleto enquanto apenas 4 (2,9%) possui Ensino Superior completo, fator que pode prejudicar a aderência ao tratamento. Segundo Almeida et al (2011) o baixo nível escolar pode refletir diretamente na eficiência da adesão ao tratamento, pois há um crescimento proporcional dos casos de HIV/AIDS na população que têm poucos anos de estudo, apresentando adesão inadequada ao tratamento (ALMEIDA, 2011; FIUZA et al., 2013).

Acerca da situação conjugal, observa-se que 60 (44,1%) são solteiros, no entanto, pessoas casadas, são representadas por 50 (36,8%) pacientes. Segundo Ferreira et al (2012) a presença de parceiro (a) no processo do adoecimento repercute de forma positiva no tratamento, melhorando a adesão ao tratamento antirretroviral, pois a adesão é um processo dinâmico entre o paciente, centros de saúde e familiares. O envolvimento dos parceiros e da família é necessário, já que a adesão tende a diminuir após tempo prolongado de tratamento (FERREIRA et al., 2012; NEMES et al., 2009).

Dos usuários que procuraram o serviço há prevalência de pacientes com ocupação menos favorecidas, entre elas estão 39 (28,7%) empregados na função de serviços gerais e 26 (19,1%) do lar. O trabalho remunerado e as condições sócioeconômicas são importantes para a manutenção da adesão ao tratamento de HIV/AIDS, pois interferem no viver dos pacientes, devido ao uso de medicações e a necessidade de ter uma alimentação de boa qualidade, da necessidade de transporte para as consultas de rotina, e recursos financeiros para medicações extras e outras necessidades (ABREU et al., 2016).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos infectados pelo HIV que procuraram o Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=136
Idade (anos)	41,1 ± 11,6
Sexo	
Masculino	89 (65,4)
Feminino	47 (34,6)
Escolaridade	
Fundamental Incompleto	67 (49,3)
Fundamental Completo	32 (23,5)
Ensino Médio Completo	9 (6,6)
Ensino Superior Incompleto	6 (4,4)
Ensino Médio Incompleto	4 (2,9)
Ensino Superior Completo	4 (2,9)
Não Alfabetizado	4 (2,9)
Estado Civil	
Solteiro	60 (44,1)
Casado	50 (36,8)
Divorciado	13 (9,6)
Não informado	9 (6,6)
Viúvo	4 (2,9)
Ocupação	
Serviços Gerais	39 (28,7)
Do lar	26 (19,1)
Não Informado	18 (13,2)
Industria	15 (11,0)
Autônomo	15 (11,0)
Outros	13 (9,6)
Aposentado	10 (7,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A Tabela 2 também apresenta características sociodemográficas dos usuários que procuraram o serviço para realizar testes anti-HIV e dentre eles cerca de 54 (39,7%) são naturais de outros municípios de Santa Catarina enquanto 19 (14,0%) são naturais do município de Içara. E atualmente 84 (61,8%) dos indivíduos infectados pelos vírus HIV que procuraram o atendimento do SAE residem no município de Içara e 32 (23,5%) residem no município Balneário Rincão que a poucos anos foi emancipado do município de Içara (IÇARA,2013).

Os usuários que procuraram o serviço que são de municípios vizinhos e aderiram o tratamento acabam pegando a medicação e realizando as consultas e os exames no SAE. Mas quando o diagnóstico é positivo o paciente tem a opção de realizar o tratamento no município onde reside.

Tabela 2: Características sociodemográficas (naturalidade e cidade atual) dos indivíduos infectados pelo HIV que procuraram o Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

	Média ± desvio padrão ou n(%)
n=136	
Naturalidade	
Outros Municípios de SC	54 (39,7)
Criciúma	37, (27,2)
Içara	19 (14,0)
Municípios RS	13 (9,6)
Outros Estados	11 (8,1)
Não Informado	2 (1,5)
Cidade Atual	
Içara	84 (61,8)
Balneário Rincão	32 (23,5)
Criciúma	12(8,8)
Outros Municípios da AMREC	7 (5,1)
Não informado	1 (0,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Na tabela 3 pode-se observar que entre os 136 pacientes que fazem parte do estudo, 112 (82,4%) são heterossexuais com vida sexual ativa, esse dado reporta ao fato de que atualmente há um crescimento significativo da heterossexualização da epidemia, evidenciado em outros estudos como o realizados em Joaçaba, SC em 2016 onde a população heterossexual se destaca por apresentar maior incidência de notificações, com 66,7% dos casos, enquanto as categorias bissexual e homossexual totalizaram 24,3% das notificações. Porém, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2016 há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos, a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015 (BRASIL, 2016; BOFF e DELLACOSTA, 2016).

A maioria dos pacientes 114 (83,8%) não estão em situação de risco de transmissão do vírus HIV, enquanto 15 (11,0) são usuários de drogas, os dados corroboram com um estudo realizado no município de Santa Cruz do Sul/RS no período de 2013 a 2015, onde foram analisados 171 prontuários de pacientes soropositivos que realizaram o tratamento no Centro Municipal de Atendimento a Sorologia (CEMAS), encontrou-se um percentual de 85% dos pacientes dizem não utilizar drogas ilícitas, apenas 11% referem em algum momento terem abusado do uso de drogas. Deste total, apenas um paciente confirmou a possibilidade de contaminação pelo vírus HIV por compartilhamento de seringas. E de acordo com o boletim epidemiológico a proporção de usuários

de drogas, principalmente as injetáveis que é como ocorre a infecção com o vírus, vem diminuindo ao longo dos anos no Brasil (BRASIL, 2016; REIS 2016).

No presente estudo foi identificado que 78 (57,4%) relataram ter múltiplos parceiros, a maioria solteiros nos quais a coinfeção com outras DST's como sífilis, candidíase e outras infecções bacterianas aparece mais. Provavelmente isso pode ocorrer devido à promiscuidade e falta de uso de preservativos durante as relações sexuais (ABREU et al., 2016).

Tabela 3: Dados sexuais e de risco dos usuários do serviço.

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=136
Situação Sexual	
Heterossexual	112 (82,4)
Homossexual	18 (13,2)
Bissexual	6 (4,4)
Situação de Risco	
Nenhuma	114 (83,8)
Usuário de Drogas	15 (11,0)
Não Informado	7 (5,1)
Prática Sexual	
Múltiplos Parceiros	78 (57,4)
Parceiro Fixo	20 (14,7)
Não Informado	19 (14,0)
Parc.HIV/AIDS	13 (9,6)
Parc.Exp.Risco	3 (2,2)
Nenhuma	3 (2,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Como pode ser constatado na tabela 4, os pacientes que tiveram o diagnóstico positivo de HIV/AIDS entre os anos de 2014 e 2016 não necessariamente aderiram o tratamento no momento em que foram diagnosticados, alguns pacientes começam o tratamento meses ou anos depois do diagnóstico positivo, uns iniciam e interrompem e outros não aderem o tratamento antirretroviral.

O ano com maior número de detecção e adesão foi em 2014, cerca de 49 (36,0%) indivíduos foram diagnosticados positivamente com HIV/AIDS e 64 (47,1%) aderiram o tratamento antirretroviral. Entre os dados analisados nos prontuários foi possível observar que a maioria no mesmo ano em que descobriam o diagnóstico positivo, já iniciaram o tratamento, geralmente buscaram o serviço quando estavam apresentando sintomas da doença causada pelo vírus HIV.

Quando o diagnóstico é positivo é necessário que o paciente tenha suporte profissional para que possa devidamente esclarecer as dúvidas sobre a infecção, sobre a doença causada pelo vírus, suas doenças oportunistas e também o tratamento que pode ser realizado, e que o Sistema Único de Saúde (SUS) fornece todo o suporte para a realização de exames, consultas e acesso a medicação. Mas antes de iniciar o tratamento é importante esclarecer os efeitos relacionados com a medicação que podem gerar desconforto estando relacionados com a piora do quadro infeccioso ou o abandono do tratamento (ALMEIDA, 2011).

As informações sobre a medicação devem ser repassadas ao paciente de forma clara e objetiva, de um modo que ele entenda a importância da medicação para sua saúde e qualidade de vida, enfatizando fatores que possam influenciar no tratamento, diminuindo assim a chance de desistência. No SAE essas informações são repassadas ao paciente através dos profissionais da saúde que atuam em conjunto, médicos infectologistas, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos (ALMEIDA, 2011).

Atualmente a população estimada pelo IBGE no município de Içara é de 58.833 habitantes, a prevalência de HIV positivo é de 23 casos a cada 10.000 habitantes, destes 16 aderem ao tratamento antirretroviral no mesmo ano em que são diagnosticados, sendo incluídos no programa de HIV/AIDS do SAE, realizando os exames de monitoramento, as consultas com infectologista, acompanhamento com os demais profissionais da saúde, e a retirada da medicação mensalmente monitorando assim a sua adesão e adaptação ao tratamento (IÇARA,2013; IBGE,2017).

Tabela 4: Detecção e Adesão ao tratamento.

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=136
Ano de Detecção	
2014	49 (36,0)
2015	39 (28,7)
2016	23 (16,9)
Não Informado	1 (0,7)
Ano de Adesão	
2014	64 (47,1)
2015	38 (27,9)
2016	34 (25,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O tempo transcorrido desde o diagnóstico até o início do tratamento varia a cada usuário, dos anos estipulados no presente estudo o tempo de tratamento variou de 0 a mais ou menos 3 anos. A tabela 5 demonstra que 56 (41,2%) usuários fazem o tratamento entre 0 a 1 ano, os 3 (2,2%) que estão há mais de 3 anos de tratamento começaram no início de 2014 sendo calculado o tempo de tratamento até a data da coleta de dados no ano de 2017.

De acordo com o Boletim Epidemiológico até junho de 2016 o número de indivíduos infectados pelo vírus HIV era de 136.945, na região sul foram notificados 28.879, sendo o segundo maior índice do Brasil, ficando atrás da região sudeste com 71.396. E dos últimos dados levantados em 2015, referente às taxas de detecção de AIDS mostrou que os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina apresentaram as maiores taxas, com valores de 34,7 e 31,9 casos/100 mil habitantes (BRASIL,2016)

Segundo Almeida e colaboradores (2011), a maioria dos portadores do vírus HIV que se tratam com antirretrovirais ganham sobrevida de pelo menos dez anos, tendo qualidade de vida e menos incidência de doenças oportunistas que afetam ainda mais o sistema imunológico (ALMEIDA, 2011).

Os pacientes que fazem uso de terapia antirretroviral, alguns realizaram a troca de terapia medicamentosa durante o tratamento, um dos principais motivos de mudança terapêutica foi a reação adversa aos medicamentos, efeitos colaterais, que precisam de atenção pois caso não haja mudanças as chances de abandono do tratamento aumentam (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013).

Dos 136 usuários que procuraram o serviço, 79 (53,7%) foram diagnosticados com AIDS que é o estado de doença causado pelo vírus HIV, e 63 (45,3%) foram diagnosticados positivamente com a presença do vírus HIV sem de apresentar a doença. O número alto de indivíduos soropositivos diagnosticados com AIDS é devido à procura do serviço tardiamente, apenas depois que a aparecem os sintomas da doença, anos após a infecção do vírus (ALMEIDA, 2011)

A medida em que ocorre a progressão da doença os sintomas podem aparecer entre 3 anos, 10 anos ou até mesmo 20 anos após a infecção dependendo do sistema imunológico do indivíduo. Quando o diagnóstico ocorre tardiamente, em situação de imunodeficiência avançada a recuperação

imunológica do paciente é limitada, pois as chances de alcançar níveis elevados de CD4 diminuem com a progressividade da doença sem tratamento, tendo mais chances de desenvolver doenças oportunistas ou ir a óbito (OLIVEIRA, 2007; ABREU et al., 2016).

A carga viral de 89 (65,4%) usuários apresentava-se não detectável e apenas 8 (5,9%) apresentou-se >10.000 cópias/mL de sangue. A carga viral é referente a quantidade de cópias virais no sangue e a diminuição gradual está associada ao uso correto e sem interrupções da TARV. No parâmetro CD4, dos 136 pacientes 62 (45,6%) apresentaram cerca de 200 a 1000 células/mm³ de sangue, mostrando que a progressão da doença está sendo estagnada com a utilização da TARV pois a quantidade de células CD4+ está dentro dos valores normais de indivíduos em tratamento regular, pois quando se está fazendo o uso de antirretrovirais o valor deve ser maior que 350 células e apenas 5 (3,7%) apresentaram valor <50 células/mm³ de sangue, com o sistema imune comprometido, com risco agravado de doenças e outras infecções (OKAY e GRANATO, 2000; ALCORN 2013).

Diferente de outros estudos como na cidade de Tubarão, SC, em 2010 com 476 prontuários analisados, o percentual de pacientes com CD4+ inferior a 350 células/mm³ foi maior que os com CD4+ superior a 350 células/mm³ e em Santa Cruz do Sul em 2016, os resultados dos exames de CD4, 58% dos 171 pacientes também tinham resultado inferior a 350 células/mm³. Espera-se que com o uso correto dos antirretrovirais os níveis plasmáticos de CD4+ sejam reestabelecidos, mas não foram os resultados demonstrado nos estudos, devido ao uso incorreto da TARV ou a não adesão ao tratamento, motivo provável pela falta de associação com o uso de terapia antirretroviral nos estudos citados (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; REIS, 2016).

O presente estudo demonstrou que o uso de terapia antirretroviral se associou positivamente a níveis baixos de carga viral em 65,4% dos usuários, e a contagem de células CD4 elevadas em 45,6% dos usuários, mesmo nos indivíduos já diagnosticados com AIDS, isso se deve ao início do tratamento logo após o diagnóstico soropositivo, alcançando um quadro clínico estável (ABREU et al., 2016; SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013).

O tempo de sobrevida do paciente HIV/AIDS aumenta após a introdução da TARV, que inibe a replicação do HIV, proporcionando redução do

RNA viral e, assim, observa-se a elevação dos linfócitos CD4+ e a diminuição da carga viral para níveis indetectáveis, garantindo melhoria das condições clínicas e imunológicas, pois diminuem os riscos de adoecimento por doenças oportunistas (ABREU et al., 2016).

Pode-se associar os níveis adequados de carga viral e da contagem de CD4+ como um indicativo de adesão ao tratamento antirretroviral, pois observa-se que quanto mais regular for a ingestão dos medicamentos, mais adequados serão esses marcadores na corrente sanguínea. O bom nível de células CD4+ e carga viral baixa, podem indicar o baixo percentual de doenças oportunistas, que se associam a infecção do vírus HIV (MORAES et al., 2014).

Tabela 5: Tempo de Tratamento e status imunológicos, virológicos e clínicos dos usuários do serviço.

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=136
Tempo de Tratamento	
De 0 a 1 ano	56 (41,2)
De 2 a 3 anos	44 (32,4)
De 1 a 2 anos	33 (24,3)
Há mais de 3 anos	3 (2,2)
Diagnóstico	
AIDS	73 (53,7)
HIV	63 (46,3)
Carga Viral	
Não Detectado	89 (65,4)
41 a 2000 cópias/mL de sangue	17 (12,5)
Limite mínimo <40 cópias/mL	15 (11,0)
>10.000 cópias/mL	8 (5,9)
2001 a 10.000 cópias/mL	7 (5,1)
CD4	
200 a 1000 células/mm ³ de sangue	62 (45,6)
Não informado	52 (38,2)
50 a 200 células/mm ³	9 (6,6)
>1000 células/mm ³	8 (5,9)
<50 células/mm ³	5 (3,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os usuários soropositivos apresentam algumas intercorrências durante o tratamento com antirretroviral, como mostra a tabela 6, 75 (55,1%) pacientes não apresentam queixas, mas 14 (10,3) apresentam alergias ou outras intercorrências por causa da medicação. Segundo Melchior et al (2007) efeitos colaterais do tratamento como náusea, vômito, dor de cabeça e diarreia foram

classificados como dificuldades relacionadas diretamente ao uso da medicação (MELCHIOR, 2007).

É preciso um maior envolvimento dos profissionais da saúde aos pacientes que encontram dificuldades no início do tratamento, pois os fatores ligados a medicação devem ser superados, adaptando os horários do tratamento ou trocando o tipo de medicamento para que possa ter adesão ao tratamento mantendo a qualidade de vida (MELCHIOR, 2007).

Devido a infecção pelo vírus HIV o sistema imune é afetado e isso faz com que surjam doenças oportunistas, debilitando ainda mais o paciente, dentre os usuários do serviço a maioria 63 (46,3%) não apresentaram nenhuma doença, entretanto outras doenças sexualmente transmissíveis estão presente em alguns pacientes, como as hepatites virais em 11 (8,1%), sífilis em 9 (6,6%) e candidíase 3 (2,2%). Essas doenças estão associadas a pessoas que são imunocomprometidas e que acabam se expondo ao risco de novas infecções, pois muitas vezes não realizam as atividades sexuais com preservativo (MORAES et al., 2014).

Tabela 6: Efeitos colaterais e Doenças oportunistas durante o tratamento.

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=136
Efeitos Colaterais	
Sem Queixas	75 (55,1)
Alergias	14 (10,3)
Outros	14 (10,3)
Diarreia	12 (8,8)
Lesões Cutâneas	7 (5,1)
Cefaleia	6 (4,4)
Náuseas	5 (3,7)
Não Informado	3 (2,2)
Doenças Oportunistas	
Não (nenhuma)	63 (46,3)
Não informado	26 (19,1)
Hepatites Virais	11 (8,1)
Sífilis	9 (6,6)
Outras Infecções Bacterianas	8 (5,9)
Pneumonia	4 (2,9)
Candidíase	3 (2,2)
Doenças Cutâneas	2 (1,5)
Outros	2 (1,5)
Tuberculose	1 (0,7)
Toxoplasmose	1 (0,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Dentre os 136 pacientes cujo os prontuários foram analisados para o presente estudo, 40 desistiram do tratamento entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. De acordo com a Tabela 7 a desistência do tratamento pode decorrer por alguns motivos, 21 (15,4%) usuários foram transferidos por isso desistiram do tratamento no SAE de Içara, 6 (4,4%) dos usuários abandonaram o tratamento sem motivos descritos no prontuário e 6 (4,4%) desistiram devido ao uso irregular da TARV, um dos principais motivos é a má adaptação a terapia antirretroviral devido os efeitos adversos.

Tabela 7: Desistência do tratamento antirretroviral durante os anos estudadas.

	Média ± desvio padrão ou n(%) n=40
Desistência do tratamento	
Transferência	21 (15,4)
Abandono	6 (4,4)
Uso irregular da TARV	6 (4,4)
Gravidez	5 (3,7)
Efeitos Colaterais	1 (0,7)
Outros	1(0,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Para melhorar a adesão e diminuir a desistência do tratamento é importante que os profissionais ajam em conjunto com o paciente para proporcionar o melhor esquema antirretroviral com menos reações adversas garantindo a qualidade de vida do indivíduo, acompanhar a realidade de vida e deixar claro que o serviço de saúde está à disposição em qualquer intercorrência, afim de proporcionar acolhimento ao usuário, fornecendo orientações e esclarecer dúvidas e auxilia-los nas dificuldades.

5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos na pesquisa conclui-se que entre os casos de HIV/AIDS no município de Içara a maioria ocorre no gênero masculino, solteiros, heterossexuais, com baixo nível de escolaridade. A prevalência de HIV positivo é de 23 casos a cada 10.000 habitantes, destes 16 aderiram o tratamento antirretroviral no mesmo ano em que foram diagnosticados, sendo inclusos no programa de HIV/AIDS do SAE, realizando os exames de monitoramento, as consultas com infectologista, acompanhamento com profissionais da saúde.

Entre as limitações do presente estudo destacam-se a falta de preenchimento de diversos campos dos prontuários, o que dificultou avaliar os motivos da desistência do tratamento que foram cerca de 40 indivíduos desistentes no total de 136 inclusos no estudo. Contudo, é fundamental o serviço realizado pelos profissionais da saúde para melhoria das condições epidemiológicas da infecção, promovendo a saúde a partir da educação e conscientização da população para as medidas preventivas, diagnósticos precoces e minimização de complicações.

Este trabalho permitiu comparar a realidade encontrada na região sul com levantamentos epidemiológicos feitos em outras cidades brasileiras, podendo servir como subsídio ao Município para a elaboração de planos de ações para o controle da infecção. O trabalho pode evidenciar as mudanças que ocorrem em alguns grupos afetados pela infecção, reconhecimento dos principais aspectos e fatores que influenciam na adesão ao tratamento. Estudos na área de saúde pública, são de extrema importância fornecem subsídios para traçar planos de ações, em prol da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

Abreu S, Pereira B, Silva N, Moura L, Brito C, Câmara J. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. *Revista Interdisciplinar*. 2016;9(4):132-141.

Alcorn K, Corkery S, Hughson G. Medicamentos antirretrovirais. 2nd ed. Nam aidsmap; 2013.

Almeida E, Araújo G, Santos V, Bustorff L, Pereira A, Dias M. Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Rev MinEnferm*. 2011; 15(2): 208-216.

Alves B.C. Análise de mecanismos envolvidos no efeito inibitório sobre a replicação do hiv-1 resultante da ativação de TLR2 [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2014.

Boff J, Dallacosta F. Notificações de aids/hiv: uma análise em um município de Santa Catarina [tese de doutorado]. Joaçaba: Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2016.

Ferreira B, Oliveira I, Paniago A. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1): 75-84.

Ferreira R, Riffel A, Sant'Ana A. HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas. *Quim. Nova*. 2010; 33(8): 1743-1755.

Ferreira T, Paula C, Kleinubing R, Kinalski D, Anversa E, Padoin S. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(3): 1-9.

Fiuza M, Lopes E, Alexandre H, Dantas P, Galvão M, Pinheiro A. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. *Revista de enfermagem*. 2013; 17(4): 740-748.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População município de Içara. IBGE, 2017.

Melchior R, Nemes M, Alencar T, Buchalla C. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(2): 87-93.

Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto atar. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

- Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Ministério da Saúde (BR). Histórias de luta contra a AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Ministério da Saúde (BR). O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Moraes D, Oliveira R, Costa S. Adherence of men living with HIV/AIDS to antiretroviral treatment. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4): 676-681.
- Nemes M, Castanheira E, Helena E, Melchior R, Caraciolo J, Basso C et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009; 55(2): 207-212.
- Okay T, Granato C. O Diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (hiv-1) em crianças entre dois a 24 meses. *Rev Ass Med Brasil*. 2000; 4(46): 289-299.
- Oliveira M. O diagnóstico tardio e óbito por aids de pacientes internados em 2005 em um hospital de referência para doenças infecciosas em Belo Horizonte, Minas Gerais. [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- Oliveira M, Romagnoli F, Freire M. Técnicas moleculares usadas para o HIV. Faculdade Alfredo Nasser. 2014.
- Prefeitura Municipal de Içara. Plano Municipal de Saúde De Içara 2014-2017. Içara: Prefeitura Municipal de Içara, 2013.
- Rachid, M., Schechter, M. Manual de VHI/AIDS. Rio de Janeiro: Revinter, 2000; 5: 189.
- Reis T. Perfil de pacientes assistidos no centro de atendimento especializado em DST/AIDS do município de Santa Cruz do Sul/RS [trabalho de conclusão de curso]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, curso de enfermagem; 2016.
- Schuster A, Lise M, Hoerlle J. Avaliação sorológica de HIV por técnicas de ELISA de quarta geração. *Rev de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2013;3(4):122-127.

Schuelter-Trevisol F, Paolla P, Justino A, Pucci N, Silva A. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22(1): 87-94.

Silveira A. Mapeamento Genético do HIV-1 e Análises de Resistência Associadas aos Antirretrovirais em Pacientes do Centro-Oeste Brasileiro [tese de doutorado]. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2011.

Silva D. Fatores associados a infecção pelo HIV entre usuários da testagem rápida anti-hiv em Porto Alegre,RS [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Silva M. Avaliação da prevalência de resistência transmitida aos antirretrovirais em indivíduos infectados pelo hiv-1 em Salvador- Bahia [dissertação de mestrado]. Salvador: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Sprinz E. Uso de inibidores da integrase como agentes de primeira linha no tratamento da infecção pelo HIV. *BJID*. 2016; 2(4): 99-106.

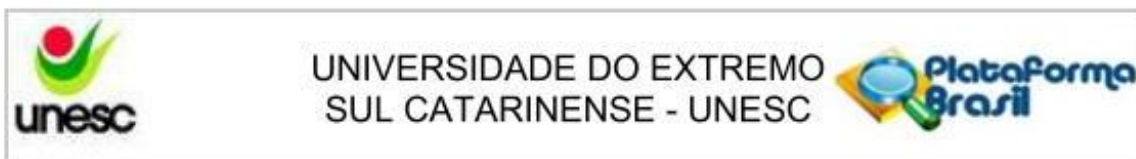
Traebert J, Silva M, Nickel D, Schneider I. Estimativa da carga de doença por aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(3): 517-522.

Trindade, C. et al. Frequência de bandas específicas virais por Western Blot em 31 pacientes soroconversores para VHL. *News Lab*. 2000: 38: 90-4.

UNAIDS 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Brasília: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.

Veronesi, R.; Focaccia, R. Tratado de infectologia. *Biblioteca Virtual em Saúde*. 2004: 2(2): 616-91.

APÊNDICE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOROPREVALÊNCIA DO VÍRUS HIV E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Pesquisador: LIZIARA SILVA FRAPORTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62701916.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.870.464

Apresentação do Projeto:

Dentro das exigências metodológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Definidos e passivos de serem atingidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito conforme exigência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De importância para o planejamento das ações do serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dentro das exigências metodológicas.

Recomendações:

Divulgação dos resultados para o municípios da AMREC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2723

Fax: (48)3431-2750

E-mail: cetica@unesc.net



Continuação do Parecer: 1.870.464

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_837404.pdf	05/12/2016 17:31:44		Aceito
Folha de Rosto	HIVFOLHADEROSTO.pdf	05/12/2016 17:31:25	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADOR.pdf	04/12/2016 17:14:39	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIA.pdf	04/12/2016 17:11:26	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOHIV.pdf	04/12/2016 17:09:58	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 15 de Dezembro de 2016

Assinado por:
RENAN ANTONIO CERETTA
(Coordenador)

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2723 **Fax:** (48)3431-2750 **E-mail:** cetica@unesc.net