



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE FARMÁCIA**

**LUIS ANTONIO LOPES FAGUNDES DE LIMA**

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA PARA  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA.**

**BRASÍLIA, 2019**

LUIS ANTONIO LOPES FAGUNDES DE LIMA

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA PARA  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA.**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Farmacêutico, na Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ceilândia.

**Orientador: Prof(a). Micheline Marie Milward De Azevedo  
Meiners**

BRASÍLIA, 2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

LL732a Lima, Luis Antonio  
AVALIAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA PARA  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA / Luis Antonio Lima; orientador Micheline Marie  
Meiners. -- Brasília, 2019.  
45 p.

Monografia (Graduação - Farmácia ) -- Universidade de  
Brasília, 2019.

1. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do  
Ministério da Saúde para adultos vivendo com HIV/AIDS . I.  
Meiners, Micheline Marie , orient. II. Título.

LUIS ANTONIO LOPES FAGUNDES DE LIMA

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA PARA  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador(a): Prof(a). Micheline Marie Milward De Azevedo Meiners  
(Curso de farmácia, Faculdade de Ceilândia, UnB)

---

Prof(a). Dayani Galato  
(Curso de farmácia, Faculdade de Ceilândia, UnB)

---

Andressa Wanneska Martins Da Silva  
(Aluna de Mestrado de Medicina Tropical, UnB)

BRASÍLIA, 2019

## EPÍGRAFE

*Parte do que parte, fica.*

## RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é conhecida como a consequência mais grave derivada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Embora a doença ainda não tenha cura por meio de medicamentos, existem tratamentos que objetivam conter ou combater a Aids/HIV. Tais tratamentos são disponibilizados de forma gratuita para todas as pessoas que tenham sido diagnosticadas com a infecção por HIV ou com Aids. Com o objetivo de analisar a prescrição da terapia antirretroviral entre adultos atendidos no ambulatório especializado em HIV/Aids do Hospital Universitário de Brasília, realizou-se um estudo longitudinal descritivo retrospectivo a partir de uma coorte entre o período de janeiro e outubro de 2018, com 141 pacientes selecionados, sendo que destes, apenas 101 fizeram parte do presente estudo após a aplicação dos critérios de seleção. Destes 101 pacientes, 91 faziam o tratamento de acordo com a primeira escolha de medicamentos descrita no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Quando abordados dados sociodemográficos, 90,1% dos pacientes eram do sexo masculino. A idade dos pacientes era em média de 32 anos, com média de 22,5 meses de tempo de diagnóstico. Quando avaliados dados como a contagem de células T CD4+ 16,6% (dentre 96 pacientes) apresentaram contagem de células T CD4+ igual ou inferior a 250 células por mm<sup>2</sup> durante o diagnóstico e 61,4% apresentam, atualmente contagem de células T CD4+ superior a 500 células por mm<sup>2</sup>. A respeito da carga viral, 48,3% apresentavam durante o diagnóstico quantificação maior que 10.000 cópias e 93,6% apresenta atualmente contagem inferior a 50 cópias. Os resultados obtidos pelo estudo permitem classificar como satisfatório a aplicação dos protocolos terapêuticos no Hospital Universitário de Brasília, além disso, reforçam dados obtidos em outras pesquisas, como a média de idade dos pacientes, a existência de comorbidades e o uso de medicamentos para o tratamento de HIV/Aids.

Palavras-chave: Terapia antirretroviral; Avaliação da Farmacoterapia; Pacientes com HIV/Aids.

## ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is known as the most serious consequence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. Although the disease has not yet been cured by drugs, there are treatments that aim to contain or combat HIV / AIDS. Such treatments are available free of charge to anyone who has been diagnosed with HIV infection or AIDS. In order to analyze the prescription of antiretroviral therapy among adults attending the University Hospital of Brasília HIV / AIDS outpatient clinic, a retrospective longitudinal descriptive study was carried out from a cohort between January and October of 2018, with 141 selected patients, of which, only 101 were part of the present study after applying the selection criteria. Of these 101 patients, 91 were treated according to the first choice of drugs described in the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines. When approached sociodemographic data, 90.1% of the patients. The mean age of the patients was 32 years, with an average of 22.5 months of diagnostic time. When analyzed data such as CD4 + T cell count 16.6% (out of 96 patients) presented a CD4 + T cell count equal to or less than 250 cells per mm<sup>2</sup> during diagnosis and 61.4% had a CD4 + T cell count to 500 cells per mm<sup>2</sup> at the present time. Regarding the viral load, 48.3% presented during quantification diagnosis greater than 10,000 copies and 93.6% present counts of less than 50 copies. The results obtained by the study allow to classify as satisfactory the application of the therapeutic protocols in the University Hospital of Brasília, in addition, reinforce data obtained in other researches, such as the average age of the patients, the existence of comorbidities and the use of drugs for the treatment on HIV / Aids.

Keywords: Antiretroviral therapy; Evaluation of the Pharmacotherapy; Patients with HIV / AIDS.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1- Caracterização das classes, ação esperada e tipo de antirretrovirais	20
QUADRO 2- Evolução das Recomendações e Protocolos clínicos para o tratamento farmacológico de primeira linha de HIV/aids em adultos no Brasil	22
QUADRO 3- Terapia antirretroviral inicial preferencial para adultos	24
QUADRO 4- Demonstrativo dos usuários que não fazem o uso da 1ª escolha de tratamento descritos no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do Ministério da saúde.	35
TABELA 1- Variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários	32
TABELA 2- Quantificação da amostra ao seguimento de 1ª escolha do PCDT	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**3TC** – Lamivudina

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**ATV/r** – Atazanavir com reforço de Ritonavir

**AGHU** – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

**ARV** – Antirretroviral

**AZT** – Zidovudina

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CONITEC** – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

**DAF** – Departamento de Assistência Farmacêutica

**DCCI/SVS** – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis DF Distrito Federal

**DIVISA** – Diretoria de Vigilância Sanitária

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**DTG** – Dolutegravir

**EFZ** – Efavirenz

**HAART** – *Highly Active Antiretroviral Therapy*

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana (*high density lipoprotein*)

**HPV** – Papilomavírus Humano (*human papiloma virus*)

**HUB** – Hospital Universitário de Brasília

**IP** – Inibidor de Protease

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**LACEN** – Laboratório Central

**LT-CD4+** – Linfócito T CD4+

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONG** – Organização não governamental

**PVHIV** – Pessoas que vivem com HIV e aids

**PAC** – Paciente

**PCDT** – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

**RAL** – Raltegravir

**SAE** – Serviço de atendimento especializado

**SES** – Secretaria de Estado da Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SICLOM** – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TARV** – Terapia antirretroviral

**TB** – Tuberculose

**UDM** – Unidade Dispensadora de Medicamento

**UNAIDS** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Linha do tempo dos antirretrovirais	19
FIGURA 2- Composição da amostra do estudo	30

## SUMÁRIO

---

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	16
2.1. Epidemiologia do HIV/Aids.....	16
2.2. O cuidado para PVHIV .....	17
2.3. Terapia antirretroviral .....	18
2.3.1. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para HIV/Aids no Brasil.....	21
2.4 – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.....	25
2.5 – O Hospital Universitário de Brasília e o cuidado de PVHIV na Rede de Atenção à Saúde no DF.....	26
3. OBJETIVOS .....	27
3.1 Objetivo geral .....	27
3.2 Objetivos específicos .....	27
4. JUSTIFICATIVA .....	28
5. METODOLOGIA.....	29
6. RESULTADOS .....	32
7. DISCUSSÃO .....	36
8. CONCLUSÃO.....	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
10. ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP .....	46

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida no país pela sua sigla em inglês - Aids do inglês (*Acquired immunodeficiency syndrome*) equivale à fase mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, (HIV do inglês Human Immunodeficiency Virus) (PEREIRA et al., 2014). Segundo Lima e Freitas (2018), há uma estimativa de aproximadamente cerca de 36,9 milhões de indivíduos vivendo com o vírus HIV/Aids no mundo, transmitido pela via sexual, parenteral ou vertical.

Frente ao repto de conter/combater o HIV/Aids fez-se necessário uma reorganização e expansão das políticas públicas que resultaram em uma maior atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV), destacando-se o papel das unidades básicas de saúde e os Serviços de Atenção Especializada (SAE) (PEREIRA et al., 2014).

A partir 1996 com a aprovação da Lei 9.313/96, o Ministério da Saúde (MS) passou a garantir o acesso gratuito à terapia antirretroviral (TARV) aos cidadãos com diagnóstico de HIV/Aids no país, o que impulsionou a redução da mortalidade, morbidade e a contribuição para melhora da qualidade de vida das PVHIV (LIMA et al., 2012). Ultrapassando a visão obsoleta que a denotava como uma doença de alta letalidade, em um curto período (PASCHOAL et al., 2014).

O diagnóstico precoce e a terapia antirretroviral (TARV) hoje é disponibilizado para todas as PVHIV diagnosticadas, independentemente da contagem de LT-CD4+, sendo oferecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma maior acessibilidade do usuário ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para que o indivíduo obtenha os benefícios fornecidos pela tomada imediata da TARV, é essencial que a sua sorologia seja identificada no início da infecção pelo HIV. Porém, os diagnósticos tardios são mais frequentes e em estágios mais avançados da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A orientação para que se dê início imediato a TARV, a partir do diagnóstico, considera, além dos inúmeros benefícios à redução de doenças oportunistas relacionadas à imunossupressão em PVHIV, a redução da transmissão da infecção, a redução nos índices da tuberculose (sendo uma das principais causas infecciosas de óbitos em PVHIV no mundo) e a disponibilidade de terapia adequada a condição

clínica do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Segundo Miranda et al. (2018), mesmo diante dos avanços dirigidos para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV/AIDS, afere-se que, em todo o mundo, cerca de 35 milhões de PVHIV não têm conhecimento do seu diagnóstico, e por volta de metade das pessoas diagnosticadas não estão introduzidas em quaisquer tipo de serviço em saúde.

Estudos que descrevem o avanço dos TARV e as razões que influenciam as modificações nos consensos mundiais são escassos. Os protocolos clínicos, visam garantir a segurança e conseqüentemente uma maior adesão das PVHIV à terapia medicamentosa, buscando uma alcançabilidade de 95% dos pacientes em tratamento. Sendo os protocolos recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (JUNIOR; CIOSAK, 2018).

Dentre as PVHIV, existe um crescimento exponencial do número de abandono ao tratamento inicial, assim fazendo se necessário um manejo. A denominada terapia de resgate, é decorrente da falência terapêutica muitas vezes ocasionada por uma falha em investidas progressas. A troca de terapia em pacientes no SUS é feita com base nos protocolos específicos, segundo recomendações adotadas pelo MS (LIMA et al., 2012). A supervisão da terapia de resgate deve ser mais intensa, com a finalidade de melhorar a adesão e a resposta clínica do paciente ao TARV. Segundo o MS, os indivíduos que apresentem falha virológica, a alteração do TARV necessariamente deve ser guiada por um exame de genotipagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Um dos principais aspectos do HIV é a sua tendência de replicação viral e alta propensão a mutações. Por esse motivo, diversas frentes de pesquisa foram desenvolvidas e muitas indústrias farmacêuticas iniciaram a produção de medicamentos ARV característicos para impedir a atividade do vírus em distintos estágios (SAKITA et al., 2012).

Estudos epidemiológicos empregam o raciocínio ao conhecimento farmacológico para desenvolver evidências sobre o uso e efeito dos medicamentos em populações humanas. Assim, a farmacoepidemiologia traz à luz dados sobre a utilização de medicamentos, examina seus impactos, os fatores associados à prescrição, a racionalidade do uso, além de aspectos econômicos (LAPORTE &

TOGNONI, 1993).

A prescrição médica é a etapa inicial do ciclo de utilização do medicamento dentro de uma instituição de saúde, pois expõe as características epidemiológicas da população atendida naquele serviço em específico e as suas reais necessidades. Porém, o uso inadequado e indiscriminado da terapia medicamentosa pode levar a eventos adversos severos, tal qual resistência, contribuindo para uma diminuição do acervo de medicamentos disponíveis (ALENCAR et al., 2014; NÉRI, 2004).

Os estudos de utilização de medicamentos e, mais especificamente, estudos de perfil de prescrição são estudos farmacoepidemiológicos que visam avaliar diversas variáveis relacionadas à prescrição médica, para elucidar o consumo, as tendências, a qualidade ou sua adesão aos protocolos clínicos estabelecidos (LAPORTE & TOGNONI, 1993; CASTRO, 2001; ALENCAR et al., 2014; BERGSTEN-MENDES, 2008).

No presente estudo foram revisadas as prescrições médicas de PVHIV que foram acompanhadas no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário de Brasília (HUB) com a finalidade de descrever o perfil de prescrição do TARV, avaliando sua adesão aos protocolos clínicos do MS e o percentual de falha terapêutica entre a população, de modo a contribuir com a melhoria da linha de cuidado.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1. Epidemiologia do HIV/Aids**

De acordo com a fonte de dados do programa das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), em 2014, havia um total de 36,9 milhões de indivíduos que subsistiam com HIV no mundo. Mesmo com todas as informações disponíveis sobre a transmissão do HIV, o número de pessoas infectadas neste mesmo ano obteve um crescimento exponencial de cerca de 2 milhões, e 1,2 milhão vieram a óbito por complicações associadas ao HIV/aids (LIMA; FREITAS, 2018).

No Brasil, a datar o início dos casos apontados até meados de junho de 2017 cerca de 882.810 casos de HIV/aids foram notificados, sendo que o país tem registrado, anualmente, uma média aproximada de 40.000 novos casos no decorrer de cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Posteriores trinta anos de epidemia, a alegação de que a prevenção ao HIV se dá pelo uso do preservativo nas relações sexuais tem demonstrado incapacidade de conter a infecção causada pelo vírus, sendo que em muitas relações ocorrem ausência desta medida preventiva. Frente a todo conhecimento compartilhado, e mesmo as taxas de novas infecções pelo HIV terem diminuído, o controle desta epidemia está longe de estar sob controle (VILLELA; BARBOSA, 2015).

Desde a inserção da TARV, foi factível o controle da replicação viral e uma progressão mais lenta da doença, possibilitando assim uma maior sobrevida, bem como uma redução da morbimortalidade relativa e permitindo com que as PVHIV tenham uma expectativa e qualidade de vida comparáveis a de uma pessoa saudável. Em meados de 2016, a quantidade de PVHIV fazendo uso de TARV era de aproximadamente 16 milhões em todo o mundo, sendo assim, a expectativa para os anos posteriores é de que, até 2020 atinja a meta de 30 milhões de pessoas com acesso à medicação. No Brasil, a TARV é oferecida pelo SUS, com aproximadamente 450 mil pessoas beneficiadas, um aumento considerável quando comparados aos anos anteriores, em 2011 eram disponibilizados 284.390 mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

## 2.2. O cuidado para PVHIV

Com o surgimento da aids observou a sua linha de cronicidade, visto que há uma contínua replicação viral, gerando uma depleção dos linfócitos T CD4+ e conseqüentemente uma queda na imunidade e o aparecimento de doenças oportunistas. Assim, fez-se necessário formular de forma adequada um serviço de cuidado voltado para as PVHIV, com a finalidade de garantir uma assistência de maior qualidade para uma maior expectativa de vida (TARSILLA et al., 2016).

Com o estado crônico da AIDS, se torna imprescindível que se tenha um acompanhamento extra, pois a sua cronicidade implica em uma adesão farmacoterapêutica complexa e longa. Dessa forma, a adesão das PVHIV não depende exclusivamente da oferta gratuita dos TARV (PACHECO et al., 2016).

Doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas tornaram-se mais predominantes nas PVHIV, sendo atribuído à infecção pelo HIV como um status de doença crônica. Dentre as complicações causadas e aparentes está a Tuberculose (TB), principal causa de óbito por doença infecciosa em PVHIV no Brasil e no mundo, sendo fundamental a sua pesquisa em todas as consultas realizadas. Devendo ser questionado ao usuário a presença de sinais e sintomas patognomônicos que indiquem TB ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Programa Nacional de AIDS, 1985. Com o início de uma rede de cuidado voltado para as PVHIV muitas foram as criações de políticas públicas destinadas a melhora na qualidade de vida desses indivíduos. Mas o marco se deu em 1996 com a inserção da TARV, possibilitando uma maior acessibilidade aos medicamentos destinados ao tratamento, passando a ser disponibilizados de forma gratuita pelo SUS. Com os avanços do cuidado às PVHIV, surgiu a preocupação relacionada à qualidade de um manejo e uma prescrição racional. Sendo assim, o MS desenvolveu formulários e protocolos clínicos de cunho técnico e científico visando a segurança do paciente e o sucesso da terapia medicamentosa. Sendo que a qualidade do serviço oferecido pode ser avaliada de acordo com os acompanhamentos dos protocolos e diretrizes terapêuticas disponíveis (LIMA; FREITAS, 2018; TARSILLA et al., 2016).

Considerando o aprimoramento da rede de atenção baseado na equidade e universalidade, foram desenvolvidos serviços especializados. Um dos principais estabelecimentos de assistência em HIV/Aids existentes são os Centros de Testagem

e Aconselhamento (CTA) e o Serviço de Atenção Especializada (SAE) que, estão envolvidos aos demais serviços do SUS. O CTA possibilita acessibilidade, universalidade e equidade no acesso aos insumos relacionados a prevenção e aos testes e exames sorológicos de PVHIV, prestando serviço de acolhimento e aconselhamento, antes e posterior a testagem. Já o SAE oferece serviço ambulatorial conduzido à atenção integral das PVHIV, ao qual conta com uma equipe multidisciplinar, usando como base científica os PCDT; conferindo vínculo do usuário com uma equipe no decorrer do tratamento (ATAIDE; JUNIOR, 2019)

### **2.3. Terapia antirretroviral**

O início imediato da TARV está indicado para todas as PVHIV, especialmente as sintomáticas, ao qual a presença de sintomas já denota uma imunidade comprometida e inaptidão de conter a replicação viral. É recomendado o início precoce pela garantia de uma melhor expectativa de vida do usuário, uma redução das comorbidades graves causadas, assim como, uma menor probabilidade de transmissão da infecção e um impacto na redução da tuberculose. Porém, nenhuma medida é completamente eficaz sem levar em consideração a importância de auxiliar o usuário a reforçar a adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entretanto mesmo com as ações realizadas pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, há cerca de 10 anos os serviços voltados a área da saúde, vêm enfrentando problemas frente a não adesão às TARV, gerando falha terapêutica. Estudos relacionados a supressão da carga viral, demonstram que para que a PVHIV atinja os níveis de supressão esperados para a eficácia do tratamento, a taxa de adesão deve ser de ao menos 80% à farmacoterapia (DA SILVA et al., 2017; SILVA et al., 2015).

As informações sobre benefícios e riscos referentes ao esquema da TARV devem ser devidamente elucidadas ao usuário para que ele esteja preparado e não abandone o tratamento, pois uma vez dado início a farmacoterapia a mesma não deverá ser interrompida. Sendo necessário novos arranjos por parte dos serviços de saúde em ofertar atividades características de promover e assegurar uma maior adesão. A dificuldade em aderir o tratamento, cronicidade da doença e experiências desagradáveis referente aos efeitos adversos, outrossim desempenham um papel importante na determinação da adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2017; PASCHOAL et al., 2014; TIETZMANN et al., 2013).

Segundo Alves (2015, p.148) “O tratamento consiste em utilizar drogas que inibem a replicação do HIV e os inibidores das enzimas relacionadas à produção de proteínas estruturais do vírus”.

Ter uma expectativa de vida relativamente igual a de um indivíduo saudável, passou a ter grande relevância às PVHIV, havendo grandes avanços de pesquisas em desenvolvimento de novos fármacos, permitindo viver uma vida com maior qualidade, tornando essa doença, atualmente, uma doença de caráter crônico (DE SOUZA et al., 2017). A Figura 1 traça uma linha do tempo do surgimento de novos fármacos.

Fig. 1 – Descrição e distribuição cronológica de medicamentos antirretrovirais.



INTR= inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa; INNTR= inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa; IP= inibidor da protease (Fonte: TOLEDO et al, 2019).

De acordo com o PCDT a terapia de início deve seguir uma combinação de três antirretrovirais (ARV), ao qual dois destes devem pertencer à classe dos inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) ou Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa análogos de nucleotídeos (ITRNt) e

agregado a uma outra classe de ARV (Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN) ou inibidores de Protease (IP/r) ou associados ao inibidor de integrase (INI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Quadro 1: Caracterização das classes, ação esperada e tipo dos antirretrovirais

<b>Classe</b>	<b>Ação</b>	<b>Antirretroviral</b>
<b>Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa</b>	Atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA criada pelo vírus. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.	Abacavir, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina, Didanosina EC e a combinação Lamivudina/ Zidovudina.
<b>Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa</b>	Bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus.	Efavirenz, Nevirapina, Efavirenz e Etravirina.
<b>Inibidores de Protease</b>	Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.	Atazanavir, Darunavir, Lopinavir/, Ritonavir e Tripanavir.
<b>Inibidores de fusão</b>	Impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir.	Enfuvirtida, Maraviroc.
<b>Inibidores da Integrase</b>	Bloqueiam a atividade da enzima integrase responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano, assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.	Raltegravir, Dolutegravir.

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças Transmissíveis de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2017.

As consequências da não adesão ou tomadas aleatórias da TARV resulta na falha do esquema terapêutico comum. Fazendo com que o usuário necessite de uma farmacoterapia de caráter mais complexo, demandando uma maior quantidade da ingesta de comprimidos. Essa característica de alteração do esquema terapêutico vigente é caracterizada como falência terapêutica, ao qual o organismo do indivíduo não consegue mais fazer o processo de homeostasia possibilitado pelo esquema anterior, incentivando o desencadeamento da AIDS e um aumento da probabilidade de infecções oportunistas, sendo necessário uma conduta de resgate. Podendo comprometer a eficácia do tratamento e possibilitar a propagação do vírus que exiba resistência à terapêutica disponibilizada. Porém, as vezes o vírus pode apresentar

características de multirresistência não relacionadas à adesão (SILVA et al., 2015).

### 2.3.1. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para HIV/Aids no Brasil

De acordo com a Lei nº 12.401, que entrou em vigência em abril de 2011, alterando a Lei nº 8.080 de 1990 estabeleceu normas que objetivaram uma maior assistência terapêutica visando também uma incorporação maior de tecnologias em saúde a nível do SUS. O ministério da saúde junto a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), obtiveram responsabilidade quanto à função, integração, assim como, a retirada ou mudança de novos fármacos, possuindo autonomia quanto a implementação ou modificação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sendo assim, as pretensões de incorporação ou retirada de tecnologias quando submetidas à CONITEC resultam na instauração de um processo administrativo, contendo um anexo com os requisitos a serem cumpridos pelo requerente, como, documentos comprobatórios do registro da tecnologia na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); relato de evidências de cunho científico apresentando os dados que comprovem que a tecnologia em questão é, no mínimo, igualmente eficaz e segura quanto as que estão em vigência no SUS para a indicação que se pretende aderir (CAETANO et al., 2017).

O dolutegravir, foi introduzido em outubro de 2015 como escolha para compor a 3ª linha de tratamento para as PVHIV. A decisão inicial da Conitec era pela não introdução do medicamento, como principal embasamento para tal decisão à ausência de evidências científicas que comprovem sua segurança a longo prazo. Após consulta pública, com recentes dados a respeito da segurança do medicamento, e da apresentação do custo efetividade, a decisão inicial foi alterada por unanimidade, incorporando o medicamento na linha do cuidado das PVHIV. Em setembro de 2016, ocorreu uma outra mudança quanto a incorporação do medicamento, agora o dolutegravir passaria a compor a posição de destaque, sendo a 1ª escolha na linha de cuidado, substituindo o efavirenz e integrando ao “dois em um” Tenofovir+Lamivudina (TDF+3TC). As decisões tomadas para a ampliação de uso, em um curto espaço de tempo menor que um ano, estão o seu custo benefício, assim como, alta potência, alta barreira genética, poucos eventos adversos e uma menor

chance de resistência viral ao decorrer da farmacoterapia (CAETANO et al., 2017).

Os PCDT são documentos que asseguram ao usuário cuidado de qualidade diante da conjuntura e recursos do SUS. Ao qual são considerados como material norteador para o profissional de saúde adotar na sua rotina de atendimentos e prescrições, dando garantia de direitos aos indivíduos que fazem uso do SUS. A utilização de diretrizes clínicas auxilia na redução de variantes e tomada de decisão dos profissionais. Pode se tomar como exemplo informações contidas no quadro 2 como uma demonstração cronológica com alterações e inclusões no protocolo clínico para o tratamento de HIV, definindo a terapia inicial para adultos, que foi sendo remodelada à medida que estudos relacionados foram sendo executados. Há protocolos específicos para gestantes que não foram incluídas no trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Quadro 2 – Evolução das Recomendações e protocolos clínicos para o tratamento farmacológico de primeira linha de HIV/aids em adultos no Brasil.

<b>Título original</b>	<b>Tratamento de primeira linha</b>	<b>Ano</b>
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (atualização)	Tenofovir/ Lamivudina+ Dolutegravir	2018
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (atualização)	Tenofovir/ Lamivudina+ Dolutegravir	2017
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (atualização)	Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz em dose fixa combinada	2015
Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz ou Tenofovir + Lamivudina + Nevirapina	2013
Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV	Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	2008
Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV	Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	2004
Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV	Zidovudina + Lamivudina + (ITRNN ou IP) ou Zidovudina + Didanosina + (ITRNN ou	2001

	IP)	
--	-----	--

Fonte: TOLEDO et al, 2019

São utilizados para se definir critérios de diagnóstico da doença em questão; qual o tratamento adequado, posologias; os cuidados relacionados à qualidade de vida e segurança dos usuários; assim como, a eficácia da farmacoterapia. Ao passo que as demais tecnologias presentes no PCDT estão ligadas aos diferentes períodos evolutivos da doença, respalda-se também quando houver perda de resposta do usuário a determinado medicamento, efeitos adversos e intolerância. A elaboração e atualização dos PCDT são baseadas em evidências científicas, garantindo a segurança e eficácia do tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No Brasil, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, expõe que quando se dá o início à TARV, o delineamento preferencial deve ser a junção de dois ITRN/ITRNT – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – em conjunto com INI – dolutegravir (DTG). Exceção a esse seguimento deve ser justificada, se falha terapêutica, contra indicação, coinfeção TB-HIV, efeitos adversos são justificativos para escolha de um seguimento terapêutico alternativo, que não seja o esquema inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A coinfeção HIV e TB constitui uma das principais causas do crescimento da morbidade e mortalidade em PVHIV, a infecção pelo HIV amplifica o episódio de TB, e assim, a TB interfere diretamente na qualidade de vida das PVHIV, diminuindo a sua expectativa de vida. É demonstrada no quadro 3 as situações a qual a TARV deve ser alterada, juntamente com a dose recomendada, seguido da observação ao referido prescritor (MAGNABOSCO et al., 2016).

O diagnóstico precoce da falha virológica juntamente com uma alternativa adequada ao novo esquema terapêutico são fundamentais para que não haja consequências graves, como uma maior cronicidade da doença e, principalmente, uma mutação que gere resistência aos ARV e conseqüentemente perdas posteriores de alternativas farmacoterapêuticas (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2018).

O lapso na captação ou na falta de orientações sobre a TARV para as PVHIV, implica na utilização irracional, dose e periodicidade dos medicamentos administrados de maneira errônea. Tendo como resultado o comprometimento farmacoterapêutico do usuário, e assim, limitando as opções à uma nova abordagem medicamentosa eficaz no controle, gerando cepas multirresistentes (MORAES et al.,

2018). Estudos demonstram que a não adesão à farmacoterapia ocorre em determinado período de tratamento, independente da classe social ao qual país pertence, sendo a taxa média cerca de 50%, assim conduzindo infecções por patógenos oportunistas (PASCHOAL et al., 2014).

Quadro 3 – Terapia antirretroviral inicial preferencial para adultos.

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
<b>Adultos em início de tratamento</b>	TDF/3TC + DTG	(300mg/300mg) “2 x 1”+ 50mg 1x/dia	-
<b>Coinfecção TB-HIV sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)</b>	TDF/3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG
<b>Coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo:</b> - LT-CD4+ <100 cels/mm3 - Presença de outra infecção oportunista - Necessidade de internação hospitalar/ doença grave - Tuberculose disseminada	TDF/3TC + RAL	(300mg/300mg) “2 x 1” 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

TDF: Tenofovir; 3TC: Lamivudina; DTG: Dolutegravir; EFV: Efavirenz; Ral: Raltegravir. Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2018.

Os níveis de CD4 e carga viral são monitorados para se avaliar a eficácia e adesão do usuário. A carga viral, deve se manter inferior ao limiar detectável dos testes disponíveis até o sexto mês de tratamento e assim continuar. Quanto maior essa carga, maiores chances de progressão do quadro da PVHIV, e característico de que se deva modificar o esquema farmacoterapêutico utilizado no dado momento. Assim, caso não seja feita essa modificação do esquema vigente e essa carga viral continue a níveis detectáveis, maior é a chance de mutações associadas a resistência

aos ARV e menor a possibilidade de resposta a esquemas posteriores a certos ARV (RACHID, 2017).

Segundo Rachid (2017), algumas classes de antirretrovirais, como ITRNN e ITRN (lamivudina) a resistência pode ser decorrente de uma única mutação na estrutura genética do vírus. Já os IP por exemplo, é preciso uma quantidade de mutações para que assim ocorra a resistência.

A transmissão do HIV pode ser prevenida com o uso racional e adequado do esquema de ARV proposto ao indivíduo. Muitos estudos trazem fortes evidências que se seguido o esquema terapêutico há uma redução significativa na transmissão sexual do vírus HIV, reforçando uma maior proteção e segurança, porém o uso do preservativo continua sendo imprescindível na relações (HALLAL et al., 2015).

#### **2.4 – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)**

O SICLOM operacional foi desenvolvido em 1997, com os objetivos de controle de histórico dos esquemas terapêuticos utilizados pelos indivíduos, assim como, o gerenciamento logístico das informações sobre os medicamentos ARV. Já em 2007 foi implementado o SICLOM gerencial, para envio dos dados referentes ao consumo e número de usuários SUS fazendo o uso de ARV. Já a programação ascendente que foi fincada em 2009, como parte da arquitetura do SICLOM tem como finalidade a gestão compartilhada do processo referente ao abastecimento, ressuprimento dos ARV, a começar das Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) até o departamento (SAKITA et al., 2012).

Os obstáculos da rede de serviços, o crescente número de pessoas em terapia ARV e, portanto, de medicamentos para integrar o tratamento restabeleceu a necessidade de um sistema de informação tecnológico para administrar as atividades logísticas, com foco na gestão de informação. Um compilado de condutas e ações uniformizadas de controle logístico foi implementado nas UDM distribuídas por todos os estados. As funções básicas do sistema, de modo geral são: cadastramento, dispensação e gerenciamento de estoque dos ARV (SAKITA et al., 2012).

Sabe se que o tratamento das PVHIV requer uso de muitos medicamentos que integram a TARV, constituindo assim um gerenciamento logístico de estoque que é amparado por um sistema informatizado de dispensação. O SICLOM, que além do controle de estoque, aprimoramento da qualificação da distribuição dos ARV, serve para

a obtenção de dados clínico laboratoriais e a farmacoterapia vigente dos usuários (MADRUGA et al., 2018).

Quaisquer portadores de HIV, usuários SUS, em tratamento devem ser registrados no SICLOM. Os usuários podem se cadastrar em uma única UDM, selecionando a UDM de escolha, segundo seus próprios critérios de seleção e comodidade (SAKITA et al., 2012).

## **2.5 – O Hospital Universitário de Brasília e o cuidado de PVHIV na Rede de Atenção à Saúde no DF**

O HUB atua como atenção especializada e hospitalar na linha de cuidado às PVHIV na Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal (RAS-DF), oferecendo serviços que envolvem apoio psicossocial (projeto Com Vivência), serviços clínicos farmacêuticos e dispensação da TARV (Farmácia Escola), consultas médicas especializadas ambulatoriais e internação hospitalar. Como serviço de referência reconhecido pelo MS no DF e hospital de ensino para os cursos na área da saúde da Universidade de Brasília, o hospital deve oferecer cuidado de excelência, baseado na melhor evidência científica e de acordo com os consensos e protocolos clínicos instituídos para o país.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Descrever a prescrição de TARV entre adultos atendidos no ambulatório especializado em HIV/Aids do Hospital Universitário de Brasília.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos são:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico (no diagnóstico e atual) da amostra de PVHIV incluídas;
- Descrever a TARV utilizada pelos participantes do estudo;
- Analisar os medicamentos utilizados (TARV) quanto a sua racionalidade, utilizando como critérios: adequação ao protocolo clínico do MS, registros de reações adversas, adesão e falhas terapêuticas.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

O HUB atua como atenção especializada e hospitalar na linha de cuidado às PVHIV na rede de atenção à saúde do Distrito Federal (RAS-DF), oferecendo serviços que envolvem apoio psicossocial (projeto Com Vivência), serviços clínicos farmacêuticos e dispensação da TARV (Farmácia Escola), consultas médicas especializadas ambulatoriais e internação hospitalar. Como serviço de referência reconhecido pelo MS no DF e hospital de ensino para os cursos na área da saúde da Universidade de Brasília, o hospital deve oferecer cuidado de excelência, baseado na melhor evidência científica e de acordo com os consensos e protocolos clínicos instituídos para o país. Assim, justifica-se a realização de um estudo farmacoepidemiológico para avaliar a adequação da prescrição da TARV. Os objetivos projetados poderão levar à melhoria na qualidade e racionalidade do cuidado ofertado pela instituição e propiciarão redução da falha terapêutica e impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes atendidos.

## 5. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo longitudinal descritivo retrospectivo, a partir de uma coorte de PVHIV atendidas no ambulatório da DIP do HUB, cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e com pelo menos seis meses de dados de uso da TARV - período de janeiro a outubro de 2018 -, em um total de 141 indivíduos. Os critérios de inclusão para o estudo foram pacientes maiores de 18 anos com HIV/Aids, não gestantes, com número de prontuário ativo no HUB. Foram excluídos da amostra aqueles com prontuário inativo ou que não tinham nenhum registro de acompanhamento nos prontuários eletrônico ou físico.

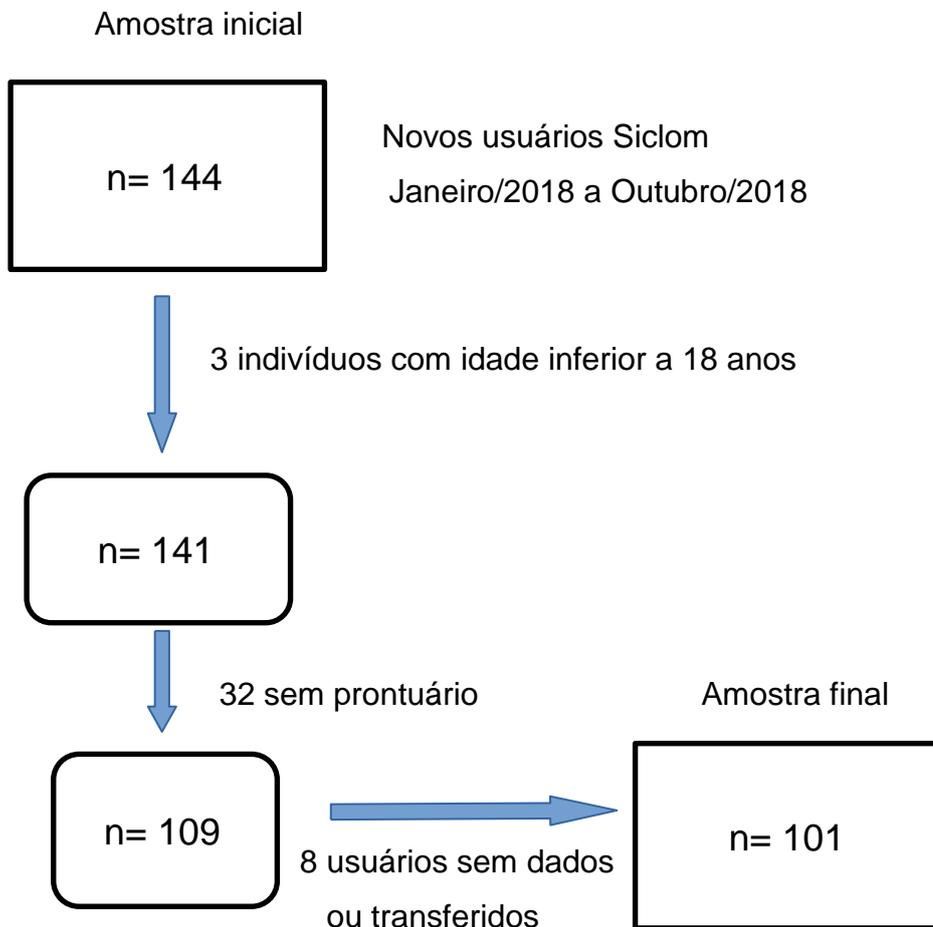
Inicialmente, para obtenção dos dados amostrais, foi consultado o SICLOM Operacional na unidade dispensadora de medicamentos do HUB, a Farmácia Escola, na seguinte sequência: a partir do gerenciador de relatórios, selecionou-se o relatório novos cadastramentos de usuários SUS, incluindo-se o período inicial de 01 de janeiro de 2018 e período final de 31 de outubro de 2018, para que fosse possível a análise de pelo menos seis meses de dispensação de medicamentos. Foi gerado o relatório de 144 usuários novos para o período, que foi salvo em arquivo em Excel®, constando nome, data de nascimento e data de cadastro, nesta etapa foram excluídos 3 pacientes que apresentaram idade inferior de 18 anos.

O próximo passo foi verificar se os usuários listados possuíam registro de prontuário no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), quando foram localizados 109 pacientes e coletados seus respectivos números de prontuários, sexo declarado e região administrativa de residência (32 usuários não possuíam registro no sistema e foram eliminados da amostra). A próxima etapa foi verificar no SICLOM o relatório da TARV em uso no cadastro dos 109 usuários, verificando dados da primeira e última dispensação, para verificar sua adequação ou não ao TARV de primeira escolha do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (MS, 2017), criando as seguintes possibilidades: a) de acordo com o protocolo em ambas as dispensações; b) de acordo com o protocolo na primeira, mas modificado o tratamento na última dispensação (foi verificada cada dispensação e localizada a data da mudança da TARV); c) em desacordo com o protocolo e última dispensação de acordo (foi verificada cada dispensação e localizada a data da mudança da TARV); e d) em

desacordo com o protocolo em ambas as dispensações.

A seguir foram revisados os prontuários dos usuários as evoluções clínicas e compiladas informações disponíveis sobre data de diagnóstico, comorbidades, resultados de exames laboratoriais de CD4+ e carga viral no diagnóstico e atual e reações adversas relatadas. Naqueles casos em que a TARV não seguia a primeira escolha do protocolo (possibilidades b, c e d listadas anteriormente) foram buscadas as justificativas nas datas de atendimento próximas identificadas na etapa anterior. Nesta etapa foram eliminados oito pacientes que não possuíam nenhuma evolução clínica ou que haviam sido transferidos do serviço, conformando os dados de 101 pacientes que compuseram a amostra. Figura 2.

Figura 2 – Composição da amostra do estudo



Entretanto, cerca de 57 usuários apresentaram algum dado ausente no prontuário eletrônico (AGHU) e foi necessário a busca de dados nos prontuários físicos, que foram solicitados por e-mail ao serviço de arquivo médico do HUB. Os prontuários foram separados e disponibilizados para o levantamento de dados, sendo limitado a quantidade de 15 prontuários por dia. Após essa busca, ainda foi realizada uma nova busca Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC/MS) com o objetivo de obter os dados não encontrados nas outras fontes.

Os dados obtidos foram compilados no programa Excel® do pacote Office® 1905 da Microsoft. O programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®, versão 20.0) foi utilizado para o processamento dos dados e para a análise estatística, onde as variáveis numéricas foram apresentadas em medidas de tendência central e as variáveis categóricas em números absolutos e proporções. Os dados qualitativos, como a avaliação da racionalidade da prescrição e reações adversas foram analisados em percentuais para toda a amostra.

Esta pesquisa faz parte do projeto “A qualidade do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids no Distrito Federal – Um estudo de caso”, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB, sob o CAEE 79384917.1.0000.5558 e aprovado em 02 de março do corrente ano. O estudo atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas, tanto de profissionais como de usuários foi garantida na análise dos dados.

## 6. RESULTADOS

Dentre as PVHIV, a média de idade foi de 32 anos e mediana de 29 anos, dentre o total de usuários foi observado uma amostra de 90,1% em indivíduos do sexo masculino. Conforme tabela 1.

Se tratando das regiões de saúde do DF, os usuários pertencentes a região leste de saúde teve uma maior prevalência 24,8%, sendo o HUB uma unidade de referência para essa região. Seguido da região central com 19,8%, e a região sudoeste com 15,8%. A menor incidência de usuários foi na região sul com 4%. Tabela 1.

Durante o período do estudo, verificou se a data de diagnóstico e foi calculado a média e a mediana, 22,5 e 14,0 meses, respectivamente. Já o hábito de vida e as comorbidades apresentadas concomitantes à infecção pelo HIV foram um total de 42 casos em 27 indivíduos, 26,7% de incidência dentre os usuários. A maior ocorrência, 21,4% foi o tabagismo que é considerado um hábito de vida, seguidos de comorbidades como a depressão, tuberculose, CMV e HAS ambos com incidência de 7,1%. Tabela 1. O hábito de vida e as comorbidades foram obtidas a partir de registros encontrados nos prontuários eletrônicos e físico dos usuários.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>		
Sexo (%)	90,1 (homens)	9,9 (mulheres)
Idade (anos)	32 (média)	29 (mediana)
<b>Região de Saúde da moradia:</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Central	20	19,8
Centro-Sul	8	7,9
Entorno	11	10,9
Leste	25	24,8
Norte	10	9,9
Oeste	4	4,0
Sudoeste	16	15,8
Sul	7	6,9

<b>Variáveis do diagnóstico e clínicas</b>		
Tempo de diagnóstico (meses)	22,5 (media)	14,0 (mediana)
Comorbidade (S/N) %	26,7	73,3
<b>Hábito de vida e Comorbidades (n=42 em 27 pac.):</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Tabagismo	9	21,4
Depressão	3	7,1
Tuberculose	3	7,1
CMV	3	7,1
Hipertensão	3	7,1
Hepatite B	2	4,8
HPV	2	4,8
Linfoma de Burkitt	2	4,8
Sarcoma de Kaposi	2	4,8
Sífilis	2	4,8
Outras	11	26,2
<b>CD4+ (n=96 diag; 83 atual)</b>		
Na primeira consulta (≤ 250 cel/mm <sup>3</sup> )	(n) 16	(%) 16,6
Atual (> 500 cel/mm <sup>3</sup> )	51	61,4
<b>Carga Viral (n=93 diag; 94 atual)</b>		
Diagnóstico (> 10.000 cópias)	45	48,3
Atual (indetectável, < 50 cópias)	88	93,6

CMV: citomegalovírus, Cel.: células, HPV: papillomavirus humano, Pac.: pacientes.

Já a contagem de células T CD4+ e a quantificação da carga viral foram analisadas, a fim de observar e comparar os resultados referentes ao diagnóstico e a monitorização durante a TARV em pacientes com infecção pelo HIV. Dentre 96 usuários que apresentaram dados de CD4+ de diagnóstico nos prontuários, 16,6% foram diagnosticados com contagens iguais ou menores que 250 células por mm<sup>3</sup>. Já

na contagem de CD4+ atual, mais recente nos prontuários apenas 83 indivíduos apresentaram dados, 61,4% apresentaram contagem atual maior que 500 células por mm<sup>3</sup>. Já na quantificação da CV de diagnóstico de 93 usuários com dados presentes, 48,3% tinham quantificação maior que 10.000 cópias e de 94 que constava dados de CV atual 93,6% apresentaram CV indetectável, <50 cópias. Tabela 1.

A respeito do controle de carga viral e CD4, resultados inexistentes na Tabela 1 são devido ao fato de que esses exames são requisitados a cada seis meses para os usuários aderentes ou pelo perfil não aderente que são usuários que por algum motivo tenham abandonado o tratamento ou faltado nas consultas e exames.

No período de janeiro a agosto de 2018, foram analisados 144 casos de PVHIV em uso de TARV, que deram entrada no SICLOM, advindos de diversas unidades administrativas do Distrito Federal e entorno. Do total da amostra foram excluídos 40 casos, por não apresentarem número de registro ou terem sido transferidos de UDM e 3 casos que apresentaram idade inferior à 18 anos. A análise foi realizada com 101 usuários atendidos no HUB e avaliado se a farmacoterapia dos pacientes se baseava na 1ª escolha de tratamento do PCDT do MS. Dados demonstrados na tabela 2.

Tabela 2: Quantificação da amostra ao seguimento de 1ª escolha do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

<b>Protocolo clínico do MS 1ª escolha</b>	<b>Quantidade de pessoas</b>
segue	91
não segue	10
Total	101

Não houve relatos de falha terapêutica. De um total de 101 usuários, 91 faziam o uso da 1ª linha de escolha TDF/3TC+DTG, os outros 10 que estão apresentados no quadro 4, não utilizavam a 1ª linha, dos 10, três utilizavam a opção de tratamento correspondente para coinfeção HIV e TB, alterando o esquema para TDF/3TC+RAL.

Três usuários faziam a utilização do esquema de 1ª linha anterior ao PCDT atual, TDF/3TC+EFZ. Um dos indivíduos teve alteração em consequência à efeitos adversos ao DTG e os outros dois mantiveram o esquema terapêutico de início do tratamento, ao qual o protocolo em vigor era o anterior ao atual que tinha como

primeira linha o esquema exposto.

Os outros 3 usuários restantes que não seguiam o esquema de 1ª linha do PCDT atual, faziam uso de TDF/3TC+ATV/r. Duas dessas PVHIV tinham como justificativa de tomada os efeitos adversos relacionados ao DTG, relatados no prontuário que incluíam reações dermatológicas, e a outra insônia, cefaleia e esquecimentos frequentes. E por fim o último usuário não apresentou justificativa, nem efeitos adversos para o uso dessa opção terapêutica

Quadro 4 – Demonstrativo dos usuários que não fazem o uso da 1ª escolha de tratamento descritos no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do Ministério da saúde.

<b>Não seguem a 1ª escolha</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Reações adversas</b>	
<b>(n=9 em 10 pac.)</b>	-	-	Não há registro	
03	TB	TDF/3TC+RAL	Não há registro	
02	Protocolo anterior	TDF/3TC+ EFZ	Não há registro	
01	Reação adv ao DTG	TDF/3TC+EFZ	Não há registro	
02	Reação adv. ao DTG	TDF/3TC+ATV/r	Reação dermatológica	Cefaleia, insônia, esquecimentos frequentes
01	Não há registro	TDF/3TC+ATV/r	Não há registro	
<b>91</b>	<b>Seguiam a 1ª linha de tratamento estabelecida no PCDT- TDF/3TC+DTG</b>			

## 7. DISCUSSÃO

A utilização dos protocolos clínicos para manejo da infecção pelo HIV em adultos no HUB se mostrou satisfatório, sendo está uma maneira de tentar padronizar a prática e minimizar a ocorrência de efeitos indesejados durante a terapia do usuário, fazendo com que ele tenha uma melhor adesão, evitando a falha terapêutica e resistência viral. Segundo Pacheco et al. (2016) os Protocolos Clínico ou Diretrizes Terapêuticas eles constituem uma tecnologia lógica que tem como objetivo auxiliar, organizar e padronizar a atuação dos profissionais frente as necessidades no dia a dia dos serviços de saúde. Sendo de grande importância a utilização, principalmente para um manejo adequado da terapia.

Os resultados esperados de acordo com o tratamento exposto no PCDT dependem, frequentemente, da adesão correta do paciente à TARV, fatores sociais e familiares que influenciam diretamente a ação do usuário em enfrentar a sua doença. Um importante método laboratorial empregado para avaliar a evolução das PVHIV é a contagem de CD4, que quando baixo é um fator determinante para a apresentação de doenças oportunistas, que na grande maioria são as responsáveis pelo óbito entre os indivíduos com HIV/AIDS. Logo, uma carga viral alta ocasionando maiores complicações (MEDEIROS et al., 2017).

A adesão aos antirretrovirais na dosagem e periodicidade determinadas, assegura ao usuário os benefícios propostos pelo tratamento, como a diminuição de eventos relacionados a doenças oportunistas, e conseqüentemente a redução das internações hospitalares, cooperando com a queda nos índices de mortalidade e aumentando consideravelmente o tempo e a qualidade de vida (FORESTO et al., 2017).

Segundo Reichel et al. (2018) muitas reações adversas como diarreia, reação alérgica, vômito e perda de peso não ocasionam obrigatoriamente uma troca da farmacoterapia, mas de intervenções nos hábitos do dia a dia do usuário, tais como o horário de tomada do medicamento, mudança de alimentação, com finalidade de amenizar possíveis efeitos indesejados. Alterações estas pertinentes pelo impacto causado ao paciente, sendo que, de acordo com o PCDT de 2018, as reações adversas afetam na adesão da terapêutica, assim como seu manejo.

A maior prevalência das PVHIV foi no sexo masculino e os usuários

apresentaram baixa presença comorbidades relacionadas ao HIV. Com relação ao sexo, é visto que de modo geral, pacientes do sexo masculino tem menos cuidados com a saúde e tem menor adesão ao tratamento quando comparados com as mulheres, o que pode aumentar o risco de óbitos entre esses indivíduos (MEDEIROS et al., 2017).

Foresto et al. (2017) em seu estudo evidencia que de acordo com as características sociodemográficas, indivíduos do sexo masculino tem caráter predominante, assim como, a transmissão por via sexual. E que quanto maior o nível de escolaridade maior é o nível de entendimento a respeito da doença, associando que o HIV é mais predominante em populações menos favorecidas de conhecimento.

Se tratando de idade, a média dos indivíduos apresentados por Neves (2017) foi de 32,8 anos, o que reforça a idade média encontrada no presente estudo. Neste sentido, Ferreira, Oliveira e Paniago (2012) também relatam que, os perfis sociodemográficos e clínicos nos pacientes adultos com HIV/ AIDS no Brasil e em países distintos tiveram uma amostra com maior parte masculina e baixa periodicidade de doenças concomitantes ao HIV.

Em relação ao tabagismo, hábito mais frequente 21,4% dentre as comorbidades, Costa et al. (2019) relata que em diferentes estados do Brasil, as PVHIV representaram maior prevalência de tabagismo, do que na população geral dos respectivos estados. Entre outros dados científicos de cunho nacional e internacional a incidência das PVHIV relacionada ao tabagismo atinge até 75%.

De acordo com Santana et al. (2019) as comorbidades de maior incidência são Tuberculose, Hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis. Conforme Gaspar et al. (2016) uma das principais doenças é a coinfeção HIV/TB, encontrado um crescimento de 27,51%, ao qual se torna notório que o HIV seja um condutor para o desenvolvimento da TB. O que confirma Magnabosco et al. (2016) quando apresenta em seu estudo que pessoas com HIV tem de 21 a 34 vezes maior probabilidade de evoluir para Tuberculose, tendo em vista a imunossupressão causada pelo vírus.

Em estudo conduzido por Pereira et al. (2018) em regiões de zona temperada, como Rio Grande do Sul, a ocorrência de coinfeção HIV/TB é mais frequente, proporção de 47%, demonstrando uma maior ocorrência que em outras regiões como o centro oeste, localidade do presente estudo.

Já dados referentes a incidência de TB por sexo Gaspar et al. (2016) traz em seu estudo o que corrobora com os resultados obtidos, caracteriza a incidência, sendo duas vezes maior no sexo masculino que no sexo feminino. E os dados obtidos entram na estatística de que, no Brasil, a TB atinge principalmente o sexo masculino.

Miranda et al. (2018) demonstrou que as PVHIV com última carga viral indetectável propendem à continuidade do cuidado. De acordo com essa variável, constatou-se que houve um acréscimo da porcentagem de usuários com carga viral indetectável, quando se contrasta com o início do tratamento, o que pode ser conferido à utilização adequada da TARV.

De acordo com Costa et al. (2018), a UNAIDS propôs um objetivo mundial a ser implantado até 2020; diagnosticar 90% das PVHIV, oferecer TARV à 90% e manter a carga viral indetectável para 90% delas em tratamento. É a intitulada meta 90-90-90 que visa um controle total da epidemia no mundo.

Porém, foi visto que aproximadamente 17% dos usuários da amostra tiveram diagnóstico tardio, Medeiros et al. (2017) relata que o diagnóstico tardio da infecção incide negativamente no prognóstico das PVHIV, especialmente em países menos desenvolvidos, onde cerca de um em cada quatro indivíduos aponta declínio acentuado do seu estado imunológico, relação de linfócitos CD4 menores que 100 células/mm. Tendo maior incidência de doenças oportunistas.

Sendo assim, torna-se necessário relatar as limitações da pesquisa. O estudo se limitou a analisar os dados de adultos atendidos no HUB registrados no SICLOM e com número de prontuário ativo no AGHU, referenciados de outros serviços ou por demanda espontânea; todavia embora a estratégia de um sistema informatizado com as informações sobre os dados do usuário, ARV e exames demonstra resultados positivos, foi constatado que essas informações não são alimentadas de forma regular. Interferindo assim nos resultados na sua totalidade, cuja riqueza de resultados advém da qualidade dos registros.

## 8. CONCLUSÃO

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são documentos científicos destinados para o acompanhamento do usuário no cuidado à saúde.

O HIV ainda se faz bastante presente no Brasil e no mundo, mesmo diante da gama de informações disponíveis relacionadas ao tema. É certo que a terapia antirretroviral conferiu às PVHIV uma maior qualidade de vida, assim como uma redução da morbimortalidade, porém diante do crescente aumento de casos por ano se faz necessário uma ênfase maior nas formas de prevenção e cuidado nas relações.

As amostras de PVHIV incluídas no estudo e os levantamentos de dados realizados, tais como o perfil sociodemográfico e clínico de diagnóstico e atual serviram de base para se obter qual o tratamento vigente, presença efeitos adversos, registros de adesão e se os usuários seguiam a 1ª linha estabelecida no PCDT do MS, ao qual de 101 usuários 91 seguiam a 1ª linha. Porém alguns usuários apresentavam dados faltantes o que influenciou negativamente na riqueza dos resultados. Não houve relatos de falha terapêutica.

Assim, considerando-se a importância da temática da adesão e qualidade de vida dos usuários, é necessário que outros estudos que contemplem variáveis individuais, sociais sejam levantados, a fim de obter os fatores relacionados a permanência de PVHIV no cuidado.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva *et al.* Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2157-2166, Jul. 2014.

ALVES, Rodrigo Henrique *et al.* Perfil epidemiológico da AIDS em contagem, Minas Gerais, Brasil, entre 2007 e 2011. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 3, p. 147-152, 2015.

ATAIDE, Érica Catarine; JUNIOR, Leandro Passarinho Reis. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.

BERGSTEN-MENDES, G. B. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, suppl., p. 569-571, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília, DF, 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção de HIV em adultos**. Brasília, DF, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção de HIV em adultos**. Brasília, DF, 2018.

CAETANO, Rosângela *et al.* Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2513-2525, Aug. 2017.

CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de; MOSCATI, Iva Milstein; PERSANO, Sagramor. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica: fundamentos de farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo de farmacoepidemiologia. **Campo Grande: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos (GRUPURAM)**, p. 171-80, 2001

COSTA, Livia Maria Cunha Bueno Villares *et al.* Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 06-35, jun. 2018.

COSTA, Christefany Régia Braz *et al.* Associação entre fatores sociodemográficos e comportamentais com a síndrome metabólica em pessoas vivendo com HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180379, 2019.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, Jan. 2018.

DA SILVA, Richardson Augusto Rosendo *et al.* Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes com AIDS Evaluation of adherence to antiretroviral therapy for AIDS patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 15-20, 2017.

DE SOUZA, Larissa Rocha Arruda *et al.* Avaliação da adesão e qualidade de vida de portadores de HIV sob seguimento farmacoterapêutico/Evaluation of adhesion and quality of life of HIV carriers under pharmacoterapeutical follow up. **Revista Ciências**

em **Saúde**, v. 7, n. 2, p. 3-9, 2017.

FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, Mar. 2012.

FORESTO, Jaqueline Scaramuza et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

GASPAR, Renato Simões *et al.* Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose--HIV na população brasileira no período entre 2002 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 6, p. 416-422, Dec. 2016.

HALLAL, Ronaldo Campos *et al.* Strategies to prevent HIV transmission to serodiscordant couples. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 169-182, Sept. 2015

LAPORTE, Joan-Ramon; TOGNONI, Gianni. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *In: Principios de epidemiología del medicamento*. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco. v. 2, p. 1-24, 1993.

LEMOS, Társilla de Sales Amorim *et al.* Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/aids. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 32, n. 4, dic. 2016. ISSN 1561-2961.

LIMA, Tiago Cristiano de; FREITAS, Maria Isabel Pedreira de. Cultural adaptation of Quality Of Care Through The Patient's Eyes-QUOTE-HIV. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 47-56, Fen. 2018.

LIMA, D. G. L. *et al.* Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral

inicial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 222-228, Abr. 2012.

MAGNABOSCO, Gabriela Tavares et al . Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2798, 2016 .

MADRUGA, Lívia Gonçalves dos Santos Lima *et al.* Aspectos relacionados à utilização de antirretrovirais em pacientes de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3649-3662, nov. 2018.

MEDEIROS, Amira Rose Costa et al. Análise de sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPE Online**, v. 11, n. 1, 2017.

MENEZES, Ana Maria Fernandes *et al.* Perfil epidemiológico das pessoas soropositivas para HIV/AIDS. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1225-1232, Mai. 2018.

MIRANDA, Wenislayne de Araújo *et al.* Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00209416, Out. 2018.

MORAES, Danielle Chianca de Andrade *et al.* El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 17, n. 49, p. 96-141, Jan. 2018 .

NÉRI, Eugenie Desirée Rabelo. **Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um Hospital Universitário.** Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2004.

NEVES, Helen Raquel. **O impacto do feedback do perfil de adesão ao tratamento antirretroviral sobre as percepções e o comportamento do paciente com infecção pelo HIV.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia),

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

NUNES JÚNIOR, Sebastião Silveira; CIOSAK, Suely Itsuko. Terapia antirretroviral para hiv/aids: o estado da arte. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 4, p.1103-1111, Abr. 2018.

PACHECO, Bruna Peres *et al* . Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 378-383, Jun. 2016 .

PACHECO, Sidelcina Rugieri *et al*. Avaliação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento para hepatite B crônica nas regiões nordeste e norte do Brasil. **Rev Soc Bras Clin Med**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 2-7, Jan-Mar. 2016.

PASCHOAL, Eduardo Pereira *et al* . Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. **Rev de Enfermagem**, Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014.

PEREIRA, Bianca de Souza *et al*. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747-758, Mar. 2014.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes *et al*. Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017374, Nov. 2018.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1201-1208, Jun 2010.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. 10. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.

REICHEL, Pâmela Micaela Gomes *et al.* Efeitos adversos na população pediátrica em uso de antirretroviral acompanhadas pelos centros de referência em Campo Grande – MS. **9º Seminário de Iniciação Científica**, Londrina, PR. Ago. 2018.

SANTANA, Júlia Cardoso; DA SILVA, Cláudia Peres; PEREIRA, Célio Alves. Principais doenças oportunistas em indivíduos com HIV. **Humanidades e Tecnologia (FINOM)**, Minas Gerais, v. 1, n. 16, p. 405-422, 2019.

SAKITA, Karim Midori *et al.* **Avaliação da implantação do sistema de controle logístico de medicamentos/Aids: o caso do Distrito Federal**. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, José Adriano Góes *et al.* Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, Jun 2015.

TIETZMANN, Daniela Cardoso *et al.* Prevalências de adesão à terapia antirretroviral e fatores associados em pacientes adultos de três centros urbanos do Sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 154-163, Ago 2013.

TOLEDO, MARIA INÊS; SILVA, A. W. M.; SILVA, D.L.M.; SILVA, E.V.; OLIVEIRA, F. A. R.; NÓBREGA, H.V.; CRUZ, I. A.; FAGUNDES, K. H.; MEINERS, M. M. M. A.; GUIMARAES, R. S. F.; SAAVEDRA, P. A. E. **Cuidado Farmacêutico aos Pacientes com HIV/Aids In: Cuidado Farmacêutico Pacientes com Câncer, Hepatite, HIV/Aids, Dengue e Outras Doenças**.1 ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 2019, v.4, p. 1-

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 131-142, Set 2015.

## ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

UNB - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A qualidade do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids no Distrito Federal - Um estudo de caso

**Pesquisador:** ANDRESSA WANNESKA MARTINS DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 79384917.1.0000.5558

**Instituição Proponente:** Núcleo de Medicina Tropical

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.523.202

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do cuidado ambulatorial ofertado às PVHA atendidas no Hospital Universitário de Brasília sob a perspectiva dos profissionais, gestores e usuários. Trata-se de uma análise de implementação do cuidado às PVHA e que utilizará o método estudo de caso com abordagens quantitativa e qualitativa. As técnicas de coleta envolverão: análise de documentos organizacionais, acesso aos registros clínicos de usuários, entrevistas semiestruturadas audiogravadas, aplicação dos questionários ACICC "Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas" para qualificar os cuidados prestados às PVHA pelos profissionais e gestores; e PACIC "Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas" para se apreender a percepção do usuário sobre o cuidado prestado a si em cada ponto de atenção; e recuperação do questionário Qualiaids. Este estudo poderá contribuir para futuras intervenções de melhoria do cuidado às PVHA.

O estudo será conduzido no Hospital Universitário de Brasília, que oferece atenção de média e alta complexidade e é referência no cuidado à saúde às PVHA. Desde janeiro de 2017, o hospital firmou acordo de prestação de serviços com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sobretudo, estendendo sua cobertura assistencial à Região de Saúde Leste (20,21). A população de estudo será formada por profissionais de saúde; gestores; e usuários adultos, incluindo gestantes. A amostra por julgamento será obtida para profissionais e

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br