



EVOLUÇÃO MEDICAMENTOSA DO HIV NO BRASIL DESDE O AZT ATÉ O COQUETEL DISPONIBILIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MEDICINAL EVOLUTION OF HIV IN BRAZIL FROM AZT TO COCKTAIL PROVIDED BY THE SINGLE HEALTH SYSTEM

Juliana Souza Lacerda¹
Renata Gonçalves de Paulo²
Elisângela de Andrade Aoyama³
Gabriela Meira de Moura Rodrigues⁴

¹Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* juju190992@gmail.com

²Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* renatagdepaulo@gmail.com

³Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* eaa.facjk@gmail.com

⁴Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* professoragabymeira@gmail.com

Resumo: Decorrido um período superior a 30 anos da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ainda é considerada uma pandemia. A aids tem como seu agente etiológico o vírus HIV, retrovírus da subfamília *Lentivirinae* e que possui uma fita de RNA como seu material genético. Abordar através de dados etiológicos e epidemiológicos as principais evoluções que ocorreram desde o primeiro surto do HIV no Brasil em meados da década de 80 até os dias atuais. Pesquisa bibliográfica de revisão integrativa de literatura considerando a relevância do tema, buscando conhecer sob o olhar de alguns autores. Foram utilizados como critérios de inclusão 23 artigos científicos de 2008 a 2018, com assuntos relevantes ao tema e em periódicos nacionais e internacionais. Foram excluídos artigos publicados antes de 2008 e que fugiam do tema proposto. A pesquisa foi desenvolvida entre agosto e setembro de 2018. Desde quando iniciada a epidemia em 1980 até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos decorrentes do HIV/Aids (CID10: B20 a B24). Ser portador do HIV é uma condição crônica, porém tratável. Isso ocorre devido aos avanços na descoberta de antirretrovirais cada vez mais potentes e que causam menos efeitos colaterais. O controle da replicação do vírus e a consequente melhoria do sistema imunológico dos portadores através da TARV fizeram com que a aids estabelecesse seu atual perfil de doença crônica.

Palavras-chave: Aids, evolução medicamentosa, HIV, PVHA, síndrome e terapia antirretroviral.

Abstract: After 30 years of the discovery of the Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is still considered a pandemic. AIDS has as its etiological agent the HIV

virus, retrovirus of the subfamily Lentivirinae and which has an RNA ribbon as its genetic material. Address through etiological and epidemiological data the main developments that occurred since the first outbreak of HIV in Brazil in the mid-1980s to the present day. Bibliographic research of integrative literature review considering the relevance of the theme, seeking to know under the eyes of some authors. The inclusion criteria were 23 scientific articles from 2008 to 2018, with relevant subjects and in national and international journals. We excluded articles published before 2008 and that escaped the proposed theme. The research was conducted between August and September 2018. From the beginning of the epidemic in 1980 to 31 December 2016, 316,088 deaths from HIV / AIDS were reported in Brazil (ICD10: B20 to B24). Having HIV is a chronic but treatable condition. This is due to advances in the discovery of increasingly potent antiretrovirals that cause fewer side effects. Controlling the replication of the virus and the consequent improvement of the carriers' immune system through ART led AIDS to establish its current chronic disease profile.

Keywords: AIDS, drug evolution, HIV, PLWHA, antiretroviral syndrome and therapy.

Introdução

Decorrido um período superior a 30 anos da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ainda é considerada uma pandemia. A aids tem como seu agente etiológico o vírus HIV, retrovírus da subfamília *Lentivirinae* e que possui uma fita de RNA como seu material genético. O alvo do HIV durante a infecção são os linfócitos T CD4+. Os linfócitos T são células de defesa que agem memorizando,



reconhecendo e destruindo os agentes patógenos que adentram no organismo. O HIV altera a função dos linfócitos T, tornando o corpo mais vulnerável às infecções oportunistas e cânceres, provocando disfunção imunológica crônica e progressiva pelo declínio das moléculas CD4 das células T. Quanto menores forem os níveis, maior será o risco de desenvolver aids [1, 2].

A pandemia global da aids (CID-10: códigos B20 a B24) teve seus primeiros relatos incluídos na literatura no início de 1981, nos Estados Unidos. Duas décadas após, o número de doentes e pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo já ultrapassavam os 40 milhões, e a pandemia continua crescendo, principalmente nos países mais pobres. Em 1983 a França conseguiu identificar o vírus HIV como o agente causador da aids. No ano seguinte, os Estados Unidos confirmaram tal achado. O HIV é transmitido basicamente por relações sexuais, via sanguínea e perinatal. A infecção viral apresenta quatro estágios: incubação, infecção aguda, latência e aids. Trata-se de doença crônica, com evolução lenta [3].

Em 1980 foi notificado o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, sendo classificado como aids somente dois anos mais tarde. Até o final dos anos 80, havia pouco conhecimento sobre a patogenia, o que dificultava o atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), limitando o tratamento das infecções oportunistas. Entre os anos de 1981 e 1982, os Estados Unidos passaram a se preocupar com a nova e misteriosa doença, dando um nome provisório a ela, doença dos 5H: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado às profissionais do sexo) [4].

No mundo, os continentes africanos e asiático são que concentram os maiores índices de prevalência e incidência de infecção pelo HIV. A situação da mortalidade por aids é mais crítica no continente africano, onde a prevalência continua elevada até os dias atuais, pois nesses países as barreiras econômicas, geográficas e socioculturais dificultam o acesso ao tratamento antirretroviral e a prevenção das doenças oportunistas entre os que vivem com o HIV/Aids. A América Latina ocupa o terceiro posto nesse ranking dos continentes [1, 5].

No ano de 1987, a Agência de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos (*Food and Drug Administration - FDA*) aprovou a zidovudina ou azidotimidina (AZT) para uso em pacientes com HIV. Este fármaco foi desenvolvido inicialmente para tratar o câncer, porém após um ensaio clínico, foi observado que a droga possuía alguma habilidade em controlar o HIV. Ainda neste ano, surgiu terapia antirretroviral (TARV), criando novas perspectivas ao tratamento da aids. A aids é responsável pelos enormes índices de mortalidade no Brasil, sendo um relevante problema de saúde pública que atinge diferentes classes da sociedade. Desde o seu surgimento, no início da década de 1980, existe uma verdadeira força tarefa para o enfrentamento desta

pandemia, principalmente entre adultos, jovens e pessoas em situação de pobreza [1, 2, 5].

Este estudo tem por objetivo abordar através de dados etiológicos e epidemiológicos as principais evoluções que ocorreram desde o primeiro surto do HIV no Brasil em meados da década de 80 até os dias atuais, destacando a TARV como terapia para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e a significativa diminuição da prevalência de infecções, além da diminuição da quantidade de medicamentos ARV necessários para o tratamento, facilitando assim a adesão ao mesmo e favorecendo o trabalho do profissional de enfermagem quanto ao acolhimento e acompanhamento do cliente.

Materiais e métodos

Para o desenvolvimento deste artigo científico foi utilizada Pesquisa Bibliográfica através de uma Revisão Integrativa (RI) de literatura considerando a relevância do tema, buscando conhecer sob o olhar de alguns autores [6].

Abordar através de dados etiológicos e epidemiológicos as principais evoluções que ocorreram desde o primeiro surto de HIV notificado no Brasil no início da década de 80 até os dias atuais. Traçar uma cronologia medicamentosa dentro desse período e salientar quão importante é o correto tratamento deste agente patógeno para se alcançar uma sobrevida ao portador do HIV.

Como critérios de inclusão foram utilizados 23 artigos científicos de 2006 a 2018, com assuntos relevantes ao tema e em periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa foi desenvolvida entre agosto e setembro de 2018. Foram excluídos os artigos publicados antes de 2006 e que fugiam do tema proposto.

As palavras chaves selecionadas para pesquisa foram: Aids, evolução medicamentosa, HIV, síndrome e terapia antirretroviral.

Como procedimento metodológico, selecionou-se para a presente pesquisa bibliográfica, que é aquela elaborada a partir de material já publicado, constituído de livros, revistas, periódicos e artigos on-line, disponibilizados através das plataformas encontradas na internet. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi realizada uma varredura minuciosa de trabalhos publicados em plataforma *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*, onde, foram encontrados 45 artigos científicos, sendo utilizados 23 trabalhos científicos, os quais, tinham mais ênfase no tema escolhido.

Para a organização deste material, foram seguidas as etapas e procedimentos necessários para elaboração do trabalho de qualificação do curso de enfermagem, na qual se buscou a identificação preliminar bibliográfica. Assim, após a seleção do material bibliográfico, foi promovida uma ampla leitura, oportunidade em que foi



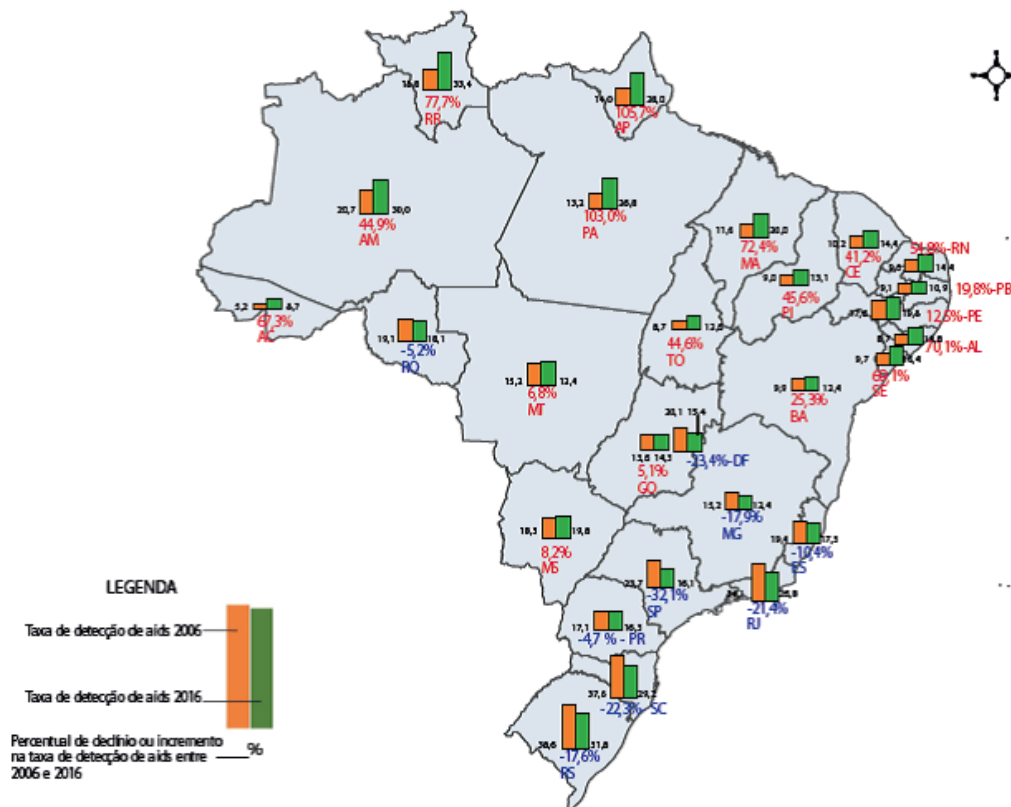
produzido o texto final, visando atingir o objetivo pré-estabelecido para o presente trabalho, como fichamento do resumo, análise e interpretação dos materiais, bibliografia, revisão e conclusão.

Resultados

Na Figura 1 observa-se um declínio na taxa de detecção de aids entre os anos de 2006 a 2016 em nove

Unidades Federativas (UF): São Paulo (32,1%), Distrito Federal (23,4%), Santa Catarina (22,3%), Rio de Janeiro (21,4%), Minas Gerais (17,9%), Rio Grande do Sul (17,6%), Espírito Santo (10,4%), Rondônia (5,2%) e Paraná (4,7%). É importante destacar dois estados: Amapá e Pará dobraram seus índices de detecção entre os anos de 2006 a 2016 [7].

Figura 1: Taxa de detecção de aids (/100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016 [7].



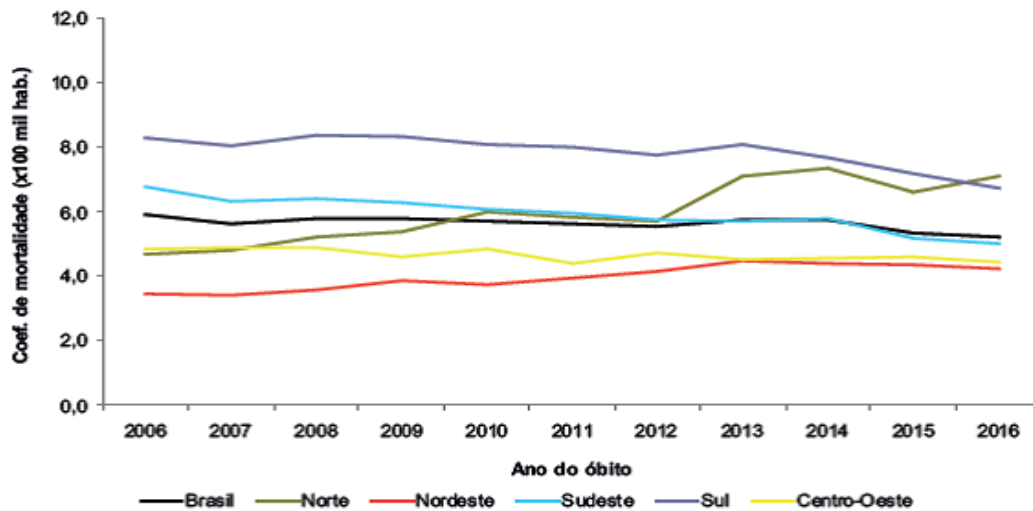
O Gráfico 1 aponta uma projeção do número de óbitos no período entre 2006 a 2016, na qual foi possível observar uma queda significativa no coeficiente de mortalidade para o Brasil, passando de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, correspondendo a um decréscimo de 11,9%. Desde quando iniciada a epidemia em 1980 até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos decorrentes do HIV/aids (CID10: B20 a B24). A maior prevalência ocorreu no Sudeste (59,6%), seguida pelo Sul (17,6%), Nordeste (13,0%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte

(4,7%). Em 2016, a incidência proporcional dos 12.366 óbitos foi: 42,4% no Sudeste, 21,3% no Nordeste, 19,6% no Sul, 10,2% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste [8].



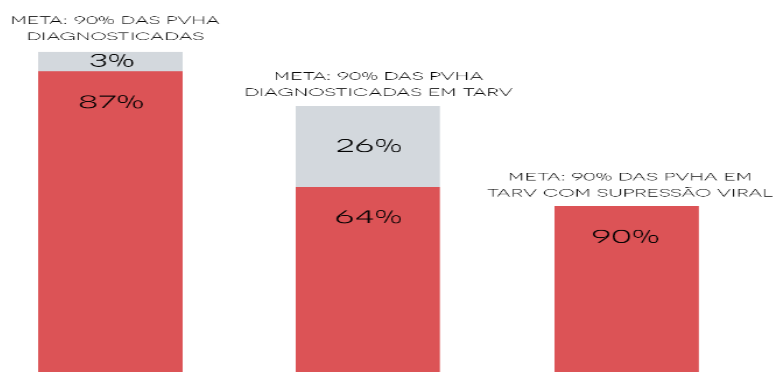
ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde

Gráfico 1: Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (/100 mil hab.) segundo região de residência, por ano do óbito. Brasil, 2007 a 2016. Óbitos registrados no SIM até 31/12/2016 [8].



O Gráfico 2 aponta que em 2017, a cada quatro pessoas vivendo com HIV, três sabiam dessa condição sorológica para o HIV, equivalendo a (75%) (fizeram teste rápido de HIV). Entre os indivíduos que sabiam de seu estado sorológico, a cada cinco PVHA, quatro (79%) tinham acesso à TARV e entre os indivíduos com acesso ao tratamento, quatro a cada cinco (81%) apresentaram carga viral suprimida, bem próximo à meta da OMS e do MS, a conhecida 90 – 90 – 90 [2].

Gráfico 2: Demonstrativo das metas 90-90-90 no Brasil em 2015 por diagnóstico, diagnóstico em TARV e TARV com carga viral suprimida [2].



No Quadro 1, é destacada uma cronologia desde o início da TARV no Brasil no início dos anos 80 até os dias atuais, passando de uma doença misteriosa para uma pandemia em menos de 10 anos e logo após uma

revolução na pesquisa científica que minimizou tanto a prevalência quanto a mortalidade nos portadores de HIV/Aids [8].



Quadro 1: Apresenta as alterações nos protocolos dos TARVs que ocorreram ao longo dos anos [8].

Início da Epidemia	Anos 80 - Meados anos 90	1995	1996	2013	2014	2017
Pouco conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV.	Consolidação de pesquisas sobre os ARVs.	Fornecimento do AZT na rede pública.	HAART	Ingesta de muitos comprimidos diários no esquema anterior.	Fortalecimentos da adesão, reduzindo a ingestão para apenas um comprimido diário.	Efeitos colaterais relacionados ao sistema nervoso central no esquema anterior. Atual: Maior potência, menor possibilidade de aparecimento de cepas resistentes e menor efeitos colaterais.
Atenção limitada apenas ao controle das complicações infecciosas.	Novas perspectivas no tratamento da AIDS.	Controle do vírus.	Primeiro consenso.	Diminuição dos efeitos colaterais.	Muitos efeitos colaterais no esquema anterior.	
		Novo padrão de tratamento. Aumento de possibilidades de transmissão do vírus.	Simplificado em 2003.			
			Atualizado em 2006.			
			Surgimento de diversos efeitos colaterais; Aumento da transmissão.			

Discussão

Observando os avanços adquiridos sobre o conhecimento da infecção, destacamos a implementação da TARV. Esta teve início pelo uso da monoterapia com AZT, em seguida, entre 1994 a 1996, surge à terapia dupla com nucleosídeos (ITRN) zidovudina e lamivudina (3TC), associado a um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRNN), o efavirenz, foi o primeiro esquema terapêutico oficialmente adotado e recomendado. A partir de 1996, a terapia antirretroviral altamente ativa, ou “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART) adotou a combinação de três ou mais medicamentos. No Brasil foi adotado o tríplice esquema que combinava os fármacos da seguinte forma: dois inibidores de transcriptase reversa associados a um de protease. Essa terapia tem demonstrado a capacidade de diminuir e tornar indetectável a carga viral do HIV, reduzindo a morbimortalidade relacionada à aids [9].

No ano de 1996 foi sancionada a Lei 9.313 no dia 13 de novembro, lei que dispõe sobre a garantia aos portadores de HIV/Aids o direito de ter acesso gratuitamente ao coquetel para o seu tratamento pelo SUS. Essa lei foi um fundamental instrumento legal para reivindicação de direitos e marcou também o início de grandes mudanças nas políticas de assistência farmacêutica aos portadores de HIV/Aids. O acesso universal garantido por lei à terapia ARV, associado ao uso de quimioterápicos (em casos de infecções oportunistas) e a oferta de outras assistências tem contribuído até hoje para uma redução dos casos de

internações hospitalares e também dos números absolutos de óbitos por aids no Brasil [10].

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo de infecção pelo HIV seguia as recomendações do Ministério da Saúde (MS), baseado nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual a TARV era indicada para os pacientes assintomáticos ou sintomáticos, desde que seu exame apontasse uma contagem das células T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³. Outros fatores eram considerados, como as características pessoais do cliente (capacidade de adesão, motivação e outras comorbidades) além da avaliação da evolução dos seus parâmetros imunológicos e virológicos. Esse protocolo foi simplificado no ano de 2003 e finalmente atualizado em 2006 [11,12].

Entre 1987 a 2014 ocorreram diversos fatos em relação à evolução medicamentosa no tratamento do HIV no Brasil. Nesse período de quase três décadas, os fatos mais relevantes no cenário nacional de combate à aids foram: 1980 Primeiro caso da doença no Brasil, em São Paulo, classificado como aids dois anos mais tarde; 1982: Confirmação do primeiro caso de Aids no Brasil e identificação da transmissão por transfusão sanguínea. Adoção temporária do termo doença dos 5H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês); 1983: Primeira notificação de Aids entre mulheres, primeiros relatos de transmissão heterossexual do vírus e de contaminação de profissionais de saúde; 1984: Primeiro programa brasileiro para o controle da Aids; 1985: O agente



etiológico causador da Aids é denominado *Human Immunodeficiency Virus* [13].

Em 1986: Criação do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde; 1987: Pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz isolam o HIV-1 pela primeira vez na América Latina. Início da administração do AZT; 1988: O Ministério da Saúde adota 1º de dezembro como dia mundial de luta contra a Aids e cria o SUS; 1989: A indústria farmacêutica *Burroughs Wellcome* reduz em 20% o preço do AZT no Brasil. Morre o ator da Rede Globo Lauro Corona aos 32 anos; 1990: Cazuza morre aos 32 anos. Mais de 6 mil casos de Aids são registrados no país [14].

Já em 1991: Ministério da Saúde dá início à distribuição gratuita de antirretrovirais. No Brasil, 11.805 casos são notificados e a fita vermelha torna-se o símbolo mundial de luta contra a Aids; 1992: Combinação entre AZT e Videx inaugura o coquetel anti-Aids; 1993: O AZT começa a ser produzido no Brasil. No Brasil, o total de casos chega a 16.670; 1994: Acordo entre Ministério da Saúde e Banco Mundial impulsiona as ações de controle e prevenção da Aids no Brasil; 1995: Criação do Simpósio Brasileiro de Pesquisa em HIV/Aids – SIMPAIDS [15].

Em 1996: Primeiro consenso em terapia antirretroviral regulamenta a prescrição de medicamentos anti-HIV no Brasil, que combina dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease, começa a ser utilizado. A Lei 9.313 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV. Brasil registra mais de 22 mil casos; 1997: Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes soropositivos. Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho; 1998: Lei 9.656 define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com Aids pelos seguros-saúde privados, sem assegurar despesas com a terapia antirretroviral; 1999: O Governo Federal divulga redução em 50% de mortes e em 80% de infecções oportunistas, em função do uso do coquetel anti-Aids. O Ministério da Saúde disponibiliza 15 medicamentos antirretrovirais; 2000: No Brasil, a proporção de casos de Aids notificados é de uma mulher para cada dois homens [16].

Em 2001: Aprovação da Lei 10.205, que regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e proíbe o comércio destes materiais no Brasil. O país acumula 220 mil casos da doença; 2002: Criação do fundo global para o combate a Aids, tuberculose e malária; 2003: O Programa Brasileiro de DST/Aids recebe prêmio de US\$ 1 milhão da Fundação Bill & Melinda Gates; 2004: Mais de 360 mil casos de aids são registrados no país. O Dia Mundial de luta contra a aids aborda a feminização da epidemia; 2005: O tema do Dia Mundial de Luta Contra a Aids no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra; 2006: O Brasil acumula mais de 430 mil casos de Aids; 2007: 20 anos após o isolamento do

HIV-1 no Brasil, pesquisadores investigam novos alvos terapêuticos [13,17].

Por fim, em 2008: Inauguração da primeira fábrica estatal de preservativos e a primeira do mundo a utilizar látex de seringal nativo e nacionalização do teste rápido que permite detectar a presença do HIV em apenas 15 minutos; 2011: Brasil anunciou produção nacional de dois novos medicamentos para Aids - atazanavir e raltegravir, além da versão genérica do tenofovir, indicado para aids e hepatites; 2013: o Ministério da Saúde anuncia o "3 em 1", Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz em um único comprimido; já não necessitarão de 15 a 20 comprimidos diários para sobreviver. Política de tratamento como prevenção do HIV é adotada no país; 2014: foram registrados 757.042 casos. A prevalência HIV/Aids em indivíduos entre 15 e 49 anos está estável em 0,6% desde 2004, bem abaixo da expectativa do Banco Mundial em 1993, que previa 1,2 milhão de casos no ano 2000 [12,18].

A infecção pelo vírus HIV não caracteriza que o doente será acometido imediatamente pela aids, a sintomatologia nos clientes infectados pode demorar anos e os sinais e sintomas doença são incertos. A infecção primária é assintomática quase em sua totalidade de casos, porém algumas vezes manifesta sintomas semelhantes à influenza, com carga abundante de vírus na circulação periférica e rebaixamento dos níveis dos linfócitos T-CD4+ circulantes [11].

A infecção é dividida em quatro períodos clínicos. O período inicial se caracteriza pela síndrome retroviral aguda, na qual ocorre uma queda súbita da contagem de linfócitos T CD4+ e níveis elevados de carga viral plasmática. Logo após isso, a quantidade de linfócitos T CD4+ volta a aumentar, porém na maioria das pessoas infectadas, estes números não retornam aos níveis pré-infecção, constituindo o segundo período ou fase assintomática da doença, que também é conhecido como período de latência clínica. O terceiro estágio é apresentado como a fase sintomática precoce, na qual começam as primeiras ocorrências das manifestações clínicas como: adenite tuberculosa, candidíase oral e vaginal, sinusopatias e sudorese noturna entre outros. Essas manifestações clínicas ocorrem mais frequentemente nos indivíduos que estão na fase inicial da imunodeficiência, entretanto podem acontecer em pacientes imunocompetentes. O último período é chamado de fase sintomática, sendo caracterizado por uma contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 200 células/mm³ e pelo surgimento das doenças oportunistas, definindo dessa forma o diagnóstico completo de aids [19].

A efetividade da terapia HAART está diretamente ligada a uma estratégia de adesão e permanência à prescrição imposta, pois o uso irregular dos medicamentos ou doses insuficientes pode propiciar o desenvolvimento de vírus cada vez mais resistentes. As consequências da baixa adesão ao tratamento incluem limitações terapêuticas para o cliente e ameaçam



diretamente a saúde pública, diante da possibilidade de que ocorra a transmissão de vírus multirresistentes [15].

Apesar de possuir apenas quatro artigos, a Lei 9.313/1996 foi implementada para salvar vidas. Os indivíduos que não tinham esperança de tratamento na década de 90, hoje tem uma taxa de sobrevivência elevada e sobrevivem bem, apesar de alguns efeitos colaterais. Diversos clientes afirmam que “é melhor sofrer com alguns efeitos colaterais e permanecer vivo, do que sofrer com as doenças oportunistas e morrer por causa delas”. Clientes que utilizam corretamente o coquetel por um bom período de tempo, e se cuidam de forma adequada, tendem a apresentar uma carga viral que pode ser notada como “zero”. A pessoa possui o vírus, mas não apresenta características da doença!

A lei 9.313 que foi um divisor de águas e trouxe esperanças para muitos clientes prescreve:

Art. 1º Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2º As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário [10].

Até o mês de junho de 2014, o Brasil registrou 757.042 casos aids. A estimativa do MS para a prevalência de HIV/Aids em indivíduos com idades entre 15 a 49 anos vem se mantendo estável em 0,6% desde 2004, com aproximadamente 734 mil PVHA no Brasil em 2014, bem abaixo da expectativa projetada para o país pelo Banco Mundial em 1993, que previa cerca de 1,2 milhão de brasileiros infectados no ano 2000 [7,13].

Desde que se iniciou a epidemia, o Brasil registrou 842.710 casos de aids entre os anos de 1980 até junho de 2016. Entre 2010 a 2014, a incidência foi de 40,6 mil novos casos por ano aproximadamente. Em se tratando da mortalidade pela doença, até dezembro de 2015 foram registrados 303.353 óbitos, mesmo com uma leve queda na taxa de mortalidade por aids que regrediu de 5,9 por 100 mil habitantes em 2006 para 5,6 em 2015. Segundo dados da UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/Aids) Programa Conjunto das

Nações Unidas sobre HIV/Aids, estimou que em 2018 existissem mais de 900 mil portadores do HIV no país [7,17].

A adesão à HAART, segundo a perspectiva das Políticas de Saúde Pública, é potencialmente capaz de reduzir o risco de transmissão do HIV e de resistência do cliente a TARV. A transmissão de cepas virais resistentes é considerada como um problema de saúde em expansão, fortemente relacionada com a falta de adesão ao tratamento. Os determinantes da adesão podem ser agrupados em categorias, que incluem: o cliente/paciente; o profissional de saúde; a relação profissional/cliente; a doença; o serviço de saúde; e o regime terapêutico. Apesar da dificuldade de se estabelecer limites da efetividade do tratamento, estudos do autor apontam que há uma taxa de replicação e mutação do HIV alta e constante, sendo necessário pelo menos 95% de adesão à TARV para manter a carga viral não detectável [9].

A resistência na adesão aos novos medicamentos para aids é considerada como um dos mais ameaçadores problemas para a eficácia do tratamento no âmbito individual e um agravo sério para a disseminação de vírus cada vez mais resistentes no âmbito coletivo. Isto se deve ao fato de que os novos regimes terapêuticos passam a exigir um maior comprometimento do cliente que adere ao tratamento, um maior nível de conhecimento, habilidades e aceitação, além de outros fatores necessários para o cuidado à saúde [14].

A trajetória de lutas e conquistas e a participação de militantes de associações específicas na luta contra a aids, como o movimento homossexual, os hemofílicos e o movimento sanitário, além de médicos clínicos e pesquisadores, proporcionaram a instituição de uma política de controle da aids que incorporasse o tratamento com medicamentos, além de ações preventivas que foram previstas inicialmente. Recentemente ficou evidenciado que o tratamento com ARV associado a estratégias de prevenção (aconselhamento e fornecimento de preservativos), reduziu significativamente a transmissão do HIV em 96%. Nos dias atuais, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas [2].

O acolhimento é um processo dinâmico e contínuo, elaborado pelo profissional de enfermagem que tem como finalidade, assegurar um atendimento humanizado ao cliente, garantindo-lhe uma assistência digna sob um olhar holístico. Esse vínculo entre o profissional e o cliente deve ser o resultado desse processo, pois é uma atribuição do enfermeiro planejar, executar e avaliar um programa de saúde para este indivíduo, além de descrever os diagnósticos de enfermagem, baseados no conhecimento teórico metodológico, a fim de tornar a atuação dos enfermeiros agradável e acolhedora [20].

Acolhimento é um momento ímpar e deve ser implantado como prática cotidiana na unidade de saúde, e a postura acolhedora da equipe multiprofissional são essenciais para que se estabeleça o acolhimento e a



humanização da assistência. Entende-se assim que a finalidade do acolhimento é a modificação do processo de trabalho que na maioria das vezes está voltado apenas para a prática médica, transferindo este atendimento para a equipe multiprofissional, ao qual se encarrega da abordagem sensível ao usuário, com a responsabilidade de buscar respostas ao seu problema de saúde [1].

As dificuldades que mais influenciam a baixa adesão e o abandono do tratamento é o baixo nível educacional e socioeconômico, seguidos pelos hábitos de vida prejudiciais à saúde, falta de recursos para que se tenha ao menos uma refeição ao dia, falta de recursos para locomoção, etilismo (uso de álcool), tabagismo (cigarro) e outras drogas, efeitos colaterais da medicação, falta de aceitação do diagnóstico, a melhora dos sintomas, além da falta de conhecimento sobre a evolução clínica e da importância do tratamento [21,22].

A formação do vínculo entre profissionais de saúde e cliente pode ser uma grande possibilidade para melhorar na qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde. Para que esta melhoria aconteça, é necessário que o profissional de enfermagem entenda as noções de vínculo, e que exista responsabilidade tanto dele como da equipe multidisciplinar em relação ao cuidado total à saúde coletiva e individual. O vínculo propicia uma relação duradoura e de confiança entre prestadores de serviço e usuários e através do tempo, os laços criados ficam mais fortes e ambos começam a se conhecer melhor, facilitando o processo de tratamento e evitando consultas e internações desnecessárias [20,23].

Conclusão

Ser portador do HIV é uma condição crônica, porém tratável. Isso ocorre devido aos avanços na descoberta de antirretrovirais cada vez mais potentes e que causam menos efeitos colaterais. O controle da replicação do vírus e a consequente melhoria do sistema imunológico dos portadores através da TARV fizeram com que a aids estabelecesse seu atual perfil de doença crônica. O acesso universal garantido por lei ao tratamento no antirretroviral no Brasil permitiu o aumento da sobrevida e melhoraria dos índices de qualidade de vida das PVHA. Para garantir a amplificação deste impacto positivo do acesso ao tratamento, é necessário que haja um diagnóstico precoce e ainda uma oferta de tratamento em tempo oportuno.

Nos dias atuais estão disponíveis vários recursos para o combate ao vírus HIV, porém somente o uso de medicamentos não é suficiente para impedir sua evolução. É necessário que ocorra uma mudança no estilo de vida do indivíduo. Apesar de possíveis efeitos colaterais, os ARV têm possibilitado melhoria dos clientes não apenas em relação à infecção viral, mas também da depressão, ansiedade e outras alterações psicoemocionais que costumam acompanhá-lo. A não adesão à TARV continua a ser o principal ponto de desequilíbrio à sintomatologia do portador de HIV/Aids.

O Brasil tem investido na produção de novos medicamentos e esse esforço tem colaborado para minimizar custos, garantindo um acesso gratuito e universal ao tratamento. Foram adotados regimes terapêuticos que asseguram uma melhor qualidade de vida das PVHA, aumentando assim sua expectativa de sobrevida bem como efeitos colaterais mínimos relacionados ao uso prolongado da terapia com ARV. A adesão à TARV e seu impacto positivo na prevenção do HIV/Aids continuam sendo um grande desafio aos atores da saúde, cuja meta é o controle e até uma possível erradicação da epidemia, visando assegurar a continuidade estratégia com o intuito de aumentar, mensurar, monitorar e manter os níveis de adesão.

Nesse sentido, é imprescindível um maior comprometimento e conscientização dos profissionais de saúde quanto à máxima adesão à TARV, na qual a enfermagem tem participação fundamental. Neste cenário, já é possível se discutir o fim da epidemia e as estratégias necessárias para se obter êxito rumo a esse objetivo. A implementação de novos métodos preventivos, novas drogas antirretrovirais com maior potência terapêutica, a perspectiva de que surjam vacinas para o tratamento e os avanços graduais em direção à erradicação da aids têm sido a temática central na maioria dos eventos internacionais.

Um bom acolhimento é fundamental para a adesão ao tratamento e na mudança do estilo de vida da PVHA, pois é o momento no qual se levanta diversas informações importantes sobre o cliente, que ajudarão o enfermeiro a traçar um plano de cuidados e fechar o diagnóstico de enfermagem. O enfermeiro deve, ainda, desenvolver empatia pelo cliente, para que a eficácia do tratamento seja razoável e para poder encontrar soluções para os problemas desse cliente.

Referências

- [1] Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por Aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde*. 2007; 16(3):195-205.
- [2] Nunes Júnior SS, Ciosak SI. Terapia antirretroviral para HIV/Aids: o estado da arte. *Revista de Enfermagem da UFPE*. 2018; 12(4):1103-11.
- [3] Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/Aids e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46(4):884-91.
- [4] Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22(11):2369-78.
- [5] Dourado I. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista Saúde Pública*. 2006; 2(7):11-8.



ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde

- [6] Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica: Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
- [7] Ministério da Saúde (BR). O Vírus da Aids, 20 anos depois. A epidemia da Aids através do tempo. Fiocruz. 2ª ed. Brasília; 2017.
- [8] Barros SG, Silva LMV. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Revista Saúde Debate*. 2017; 41(3):114-28.
- [9] Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde*. 2007; 16(4):261-78.
- [10] Ministério da Justiça (BR). Antes e depois da Lei: coquetel anti-HIV foi a “salvação” de muitos portadores do vírus e doentes da Aids ao longo dos anos. A Lei 9.313/1996 veio mudar a vida de muita gente com HIV no Brasil. Brasília; 2015.
- [11] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. 3ª ed. Brasília; 2010.
- [12] World Health Organization. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection - recommendations for a public health approach. Second Edition. [internet]. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hiv>.
- [13] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília; 2016.
- [14] Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006; 18(12):124-31.
- [15] Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no estado de São Paulo: Coordenação Nacional de DST/AIDS. 2008; 4(2):39-48.
- [16] Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e aids. Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília; 2006.
- [17] World Health Organization. HIV treatment and care - what's new in treatment monitoring: viral load and CD4 testing. [internet]. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/hiv>.
- [18] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Brasília; 2016.
- [19] Silva ALCN, Waidman AP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. 2009; 4(2):19-28.
- [20] Fernandes IA, Barbaglia J, Daniel KCS, Mello SSP. Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado. *Revista Fafibe*. Bebedouro. 2015; 8(1):359-70.
- [21] Padoin SMM. Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. *Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde*. 2015; 24(1):71-8.
- [22] De Paula CC, Padoin SMM, Brum CN, Silva CB. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/Aids. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013; 11(suplem.):144-52.
- [23] Schuelter-Trevisol F, Pucc P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde*. 2013; 22(1):87-94.