

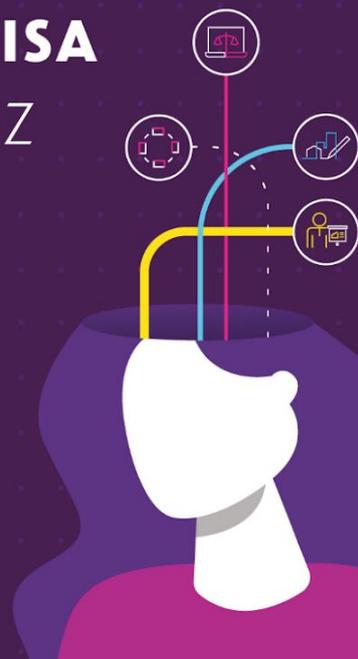
PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL: O QUE SABEMOS SOBRE ELES?

Professora orientadora: Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Alunas: Laura Elena Binder e
Beatriz Castello Branco Liotto

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023•





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**LAURA ELENA BINDER
E BEATRIZ CASTELLO BRANCO LIOTTO**

**PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL: O QUE SABEMOS SOBRE ELES?**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

BRASÍLIA

2024

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as pessoas que convivem com HIV e AIDS no Distrito Federal. Esperamos que o levantamento de dados aqui presente auxilie na compreensão epidemiológica dos pacientes e, assim, avançarmos cada vez mais no combate a epidemia de HIV/AIDS que afeta a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossa orientadora Professora Dra. Fabiana Xavier Cartaxo Salgado por todo o direcionamento e pela paciência ao nos ensinar durante esses anos, sempre com carinho e prestatividade! Quando pensamos no universo acadêmico e científico das pesquisas, com compromisso e garra, lembramos imediatamente da senhora! Agradecemos ao Centro Universitário de Brasília e toda à equipe de assessoria em iniciação científica por nos guiar desde os primeiros passos até as orientações e dicas de como realizar este relatório.

Agradecemos também ao Centro Especializado em Doenças Infecciosas do Distrito Federal (CEDIN) por ser o berço da nossa pesquisa e agradecemos em especial à Leidijany pela disponibilidade e auxílio durante a pesquisa!

Por último e não menos importante, gratidão às nossas famílias por nos permitirem toda a experiência e formação na área médica e por serem nossos maiores incentivadores dia após dia. Essa conquista é mais uma das que esperamos compartilhar com vocês!

RESUMO

A AIDS representa uma das pandemias mais emblemáticas desde o seu surgimento na década de 80 e, ainda hoje, vê-se grande número de novos infectados com o vírus HIV a cada ano. Decorrente a isso, a Organização das Nações Unidas fundou o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), cujo guia é a meta 95-95-95: conquistar o marco de 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; destas, 95% em tratamento; e das pessoas em tratamento, 95% com carga viral em supressão até o ano de 2030. Apesar de muitas conquistas terem sido alcançadas ao longo dos anos com políticas de enfrentamento desenvolvidas no Brasil, a redução da transmissão do HIV/AIDS no DF ainda é um desafio e o sucesso das estratégias de enfrentamento dependem do conhecimento aprofundado da população acometida. Este estudo analisou o perfil sociodemográfico, epidemiológico e de tratamento de pacientes com HIV/AIDS atendidos no Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN) do Distrito Federal. Para isso, foram investigadas as variáveis: sexo, gênero, idade, escolaridade, etnia, ocupação, principais infecções oportunistas segundo Critério Rio de Janeiro/Caracas, forma de transmissão do HIV, data do diagnóstico, carga viral (número de cópias virais por mililitro de sangue), contagem de células CD4 e CD8 (em cópias por milímetros cúbicos de sangue) após diagnóstico HIV/AIDS e na vigência do tratamento, a terapia antirretroviral, adesão e tolerância a medicação. Trata-se de um estudo transversal, realizado de janeiro a julho de 2023, incluiu pacientes com 13 anos ou mais que recebiam acompanhamento contínuo no CEDIN. A coleta de dados envolveu revisão de prontuários eletrônicos utilizados no serviço e fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Assim, foram avaliados 269 pacientes, com predomínio do sexo masculino (85,50%), com a média de idade de $34,32 \pm 10,69$ anos, identificados como pardos (54,65%) e com ensino médio a superior completo (60,97%). A transmissão sexual é a mais comum totalizando 95,91% dos casos, com destaque para relações homossexuais (53,16%). A maioria dos pacientes estava assintomática no momento da notificação, mas entre os sintomáticos, as manifestações mais frequentes foram caquexia (12,64%), astenia (8,55%) e febre persistente (5,20%). Após o início do tratamento, a maioria dos pacientes alcançou uma carga viral indetectável (42,38%), utilizando principalmente a combinação de tenofovir, lamivudina e dolutegravir (TDF/3TC + DTG). A adesão ao tratamento foi observada em 67,3% dos pacientes. Houve discreta intolerância medicamentosa (9,7%), sobretudo gastrointestinal. Como conclusão, observou-se que o perfil de pacientes encontrado é semelhante ao visualizado no início da pandemia de AIDS. Contudo, a notificação inadequada continua a ser um problema, impactando não só a vigilância e a resposta ao HIV/AIDS, como também o refinamento de estudos sobre os dados epidemiológicos dos pacientes.

Palavras-chave:

HIV; AIDS; terapia antirretroviral.

LISTAS DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS, SÍMBOLOS E ABREVIações

Tabela 1 Perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HIV/AIDS	21
Tabela 2 Principais sinais, sintomas e doenças oportunistas, segundo Critério Rio de Janeiro/Caracas, nos pacientes portadores de HIV/AIDS	26
Tabela 3 Carga viral inicial e após início do tratamento em pacientes infectados por HIV	30
Tabela 4 Contagem de linfócitos T CD4+ inicial e após o início do tratamento em pacientes infectados por HIV	30
Gráfico 1 Principais esquemas de terapia antirretroviral instituídos aos pacientes infectados por HIV	33
Gráfico 2 Adesão ao tratamento dos pacientes infectados pelo HIV	35
Gráfico 3. Intolerância medicamentosa dentre os pacientes em uso de terapia antirretroviral	37
Gráfico 4. Sintomas relacionados a intolerância medicamentosa apresentada pelos pacientes em uso de terapia antirretroviral	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4. MÉTODO	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
7. REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

A identificação, em 1981, da síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecida como AIDS, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A infecção pelo HIV destaca-se, entre as enfermidades infecciosas emergentes, como um importante problema de saúde pública pela grande magnitude e extensão dos danos causados à população global (AMORIM e DUARTE, 2021; BRITO et al, 2001).

A preocupação com o avanço da epidemia de HIV/AIDS no mundo e a necessidade de uma resposta global à questão resultaram na criação, por parte da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1996, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). O UNAIDS tem como objetivo liderar e coordenar a resposta global à epidemia de HIV/AIDS, tendo sua representação no Brasil desde 2002 (UNAIDS, 2008).

No Brasil e no mundo, a infecção pelo HIV persiste, apresentando crescimento no número de pessoas infectadas. Segundo estimativas do UNAIDS, cerca de 84,2 milhões de pessoas foram infectadas por HIV desde o início da epidemia, ocorrendo cerca de 40,1 milhões de mortes por doenças relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2022).

Como forma de estabelecer estratégias globais para enfrentamento da epidemia, foi lançado, pelo UNAIDS, em 2014, um conjunto de metas, as Metas 90-90-90, com o objetivo de alcançar, até 2020, que: 90% das PVHA sejam diagnosticadas; 90% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento; e 90% das pessoas em tratamento atinjam a condição de carga viral indetectável (inferior a 1.000 cópias/mL). Essas metas fazem parte da Declaração de Paris, assinada pelo Brasil, por meio da qual os países se comprometem a contribuir com o enfrentamento da epidemia (UNAIDS, 2014). A implementação das metas 90-90-90 foi considerada uma estratégia de sucesso para maximizar a testagem e ampliar o acesso das PVHA ao tratamento do HIV, o que levou à atualização das metas, com o aumento de 90% para 95% nas três categorias até o ano de 2030 (BRASIL, 2023).

O tratamento antirretroviral (TARV) trouxe benefícios incontestáveis para a redução da morbidade e da mortalidade associadas à AIDS, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). No Brasil, até o mês de setembro de 2022, 95% das pessoas com pelo menos seis meses de tratamento, apresentavam carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL e 89% abaixo de 50 cópias/mL, resultando em chances muito reduzidas de transmissão do HIV (PEREIRA et al, 2019; BRASIL, 2022).

O Brasil tem hoje uma das maiores coberturas de TARV entre os países de renda média e baixa, sendo disponibilizada gratuitamente. Apesar disso, a adesão ao tratamento ainda é um desafio. Das pessoas estimadas vivendo com o vírus no país, 89% já foram diagnosticadas e, destas, apenas 73% estão em tratamento para o HIV (UNAIDS, 2018; BRASIL, 2022)

Ademais, a despeito da alta efetividade da terapia antirretroviral, a mortalidade de pacientes com AIDS continua elevada, principalmente devido a infecções oportunistas, como a tuberculose. Entretanto, dois outros fatores contribuintes são o diagnóstico tardio e o abandono ao tratamento, o que foi visualizado com maior frequência nos últimos anos (MARINS et al, 2022).

Ainda que a AIDS seja uma doença amplamente conhecida, bem como suas formas de transmissão e de tratamento, vê-se grande número de novos infectados com o vírus HIV a cada ano no mundo, o que é respaldado pelo Relatório Global 2023 da UNAIDS. No ano de 2022, 1,3 milhão de pessoas foram recém-infectadas por HIV, compondo o número total estimado de 39 milhões de pessoas vivendo com o vírus atualmente (UNAIDS, 2023).

Segundo dados de 2019 e 2021, o número de casos de infecção pelo HIV declinou 11,1% no Brasil. Porém, embora se observe uma diminuição dos casos de AIDS em quase todo o país, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação de casos, em virtude da mobilização dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2022).

No Distrito Federal (DF), de 2017 a 2021, foram notificados 3.633 casos de infecção pelo HIV e 1.443 casos de AIDS. Foi verificada uma tendência de redução do coeficiente de detecção de AIDS por 100 mil habitantes, de 12,4 no ano de 2017, para

7,9 no ano de 2021, mas, em relação ao HIV, houve certo crescimento da infecção pelo vírus em 2021 (SVS/DF e SES/DF, 2022).

As alterações no perfil dos usuários do sistema de saúde com HIV são dinâmicas ao longo do tempo. Ao descobrimento da doença, a prevalência era de 70% de adultos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Em seguida, na década de 90, visualizou-se a infecção em adultos de ambos os sexos, heterossexuais, com predomínio de baixa renda e escolaridade. Nesse momento também se observou maior infecção de crianças via transmissão vertical e de idosos. Todavia, desde 2009 há grande aumento nos casos de jovens do sexo masculino, entre 13 e 24 anos de idade, que se identificam como homo ou bissexuais. Além disso, em 2021, as pessoas com educação superior completa ou incompleta e ensino médio completo representaram as categorias com maiores registros entre os casos notificados de HIV (OKUNO et al, 2015; FERNANDES et al, 2017; BRASIL, 2022).

Neste contexto, conhecer o perfil sociodemográfico, epidemiológico e de adesão ao tratamento dos portadores do HIV/AIDS contribui na promoção de ações de saúde mais eficazes, alcançando o sucesso das intervenções individuais e coletivas, visando a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento. Além disso, o conhecimento da realidade atual permitirá que as autoridades responsáveis pela saúde identifiquem possíveis alterações no comportamento da doença, assim como no comportamento dos portadores ao tratamento vigente.

OBJETIVOS

- Geral
 - Conhecer o perfil sociodemográfico, epidemiológico e de tratamento de pacientes portadores de HIV/AIDS atendidos em um centro de referência do DF.

- Específicos
 - Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HIV/AIDS;
 - Investigar infecções oportunistas nos pacientes acometidos por AIDS;

- Investigar a carga viral dos pacientes portadores de HIV/AIDS;
- Descrever os principais tratamentos medicamentosos instituídos aos pacientes portadores de HIV/AIDS;
- Investigar adesão e tolerância aos medicamentos instituídos aos pacientes portadores de HIV/AIDS;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Há duas décadas a pandemia de AIDS parecia incontrolável, com mais de 2,5 milhões de pessoas se infectando a cada ano, culminando em altos índices de morbimortalidade. O primeiro texto oficial a respeito da AIDS foi um artigo publicado no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), de 5 de junho de 1981, o qual relatava cinco casos de jovens do sexo masculino sem história prévia de imunodeficiência, homossexuais, moradores de Los Angeles, que apresentavam infecção pulmonar pelo *Pneumocystis carinii* (PPC), microorganismo já conhecido por causar infecção na vigência de baixa imunidade (CDC, 1981; JÚNIOR e GOMES, 2020; UNAIDS 2023).

Como consta em observações clínico-epidemiológicas, a doença seria transmitida por via sexual e sanguínea, com um provável agente etiológico viral, o que foi comprovado com o isolamento do vírus em 1983. Em maio de 1986, uma Comissão Internacional de Nomenclatura de Virologia decidiu unificar e universalizar o nome do vírus como HIV. Inicialmente, a AIDS foi identificada como uma síndrome que acomete indivíduos do sexo masculino e homossexuais, haja vista todos os pacientes se autodefinirem homossexuais. Logo se constatou também a ocorrência da doença em usuários de drogas injetáveis (NASCIMENTO, 2005). No Brasil, o primeiro caso da doença, em São Paulo, foi observado em 1980, sendo classificado como AIDS dois anos mais tarde, em 1982 (JÚNIOR e GOMES, 2020).

O HIV é um retrovírus da família Retroviridae, do Gênero Lentivírus, com RNA de fita simples, dividido em 2 tipos antigênicos (HIV-1 e HIV-2), sendo o HIV-1 o mais virulento e disseminado em escala mundial e o HIV-2, menos patogênico e encontrado principalmente na África Ocidental. É um vírus intracelular obrigatório, tendo tropismo pelos linfócitos T CD4+ (LT CD4+). A entrada do HIV nessas células causa depleção e

prejuízo funcional às células, levando-as à apoptose. Assim, tem caráter imunodepressor, pois desorganiza o sistema imune, tornando-o suscetível a doenças oportunistas (AGUIAR et al, 2022; SANTOS, 2021).

Síndromes de imunodeficiência podem ser divididas entre primária e congênita ou secundária e adquirida. No caso da AIDS, a síndrome imunológica é adquirida mediante infecção do vírus HIV, o qual tem como alvos o sistema imunológico e o sistema nervoso. Importante diferenciar o conceito de infecção e doença, de maneira que a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é a principal consequência da infecção e só se faz presente no momento em que há imunodeficiência profunda, com comprometimento primariamente da imunidade celular. (SAVI e SOUZA, 1999).

Em relação ao ciclo de vida do vírus HIV, ao infectar os LT CD4+ mediante a ligação da glicoproteína viral gp 120 à molécula CD4, ocorre integração do provírus ao genoma da célula hospedeira. Em seguida, pode-se desenvolver uma infecção latente por meses a anos ou ativação da replicação viral, com formação de novas estruturas virais. De todo modo, a maioria das LT CD4+ sofre lise celular; como essas células desempenham papel regulador das respostas imunológicas, sua perda qualiquantitativa resulta em um efeito cascata em todos os componentes do sistema imunológico. Alguns mecanismos do vírus HIV que provocam a morte celular são o aumento da permeabilidade da membrana citoplasmática, resultando em desequilíbrio osmótico, associado ao prejuízo na síntese de proteínas essenciais à sobrevivência dos linfócitos T. (ROBBINS & COTRAN, 2015, p. 247)

A infecção por HIV contempla ampla variedade de manifestações clínicas que dependem da resposta imunológica individual e da intensidade de replicação viral. Frequentemente ocorre um quadro agudo de infecção nas primeiras semanas, seguido de uma fase assintomática, que pode durar anos, antes de surgir a AIDS. De modo geral, a infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: infecção aguda, latência clínica e AIDS (NETO et al, 2021).

Entre a primeira e a terceira semanas de infecção ocorre a forma aguda, também chamada de síndrome retroviral aguda (SRA), quando o vírus está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfoides. Assemelha-se ao quadro clínico de outras infecções virais, com sintomas inespecíficos como febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. (BRASIL, 2018).

A fase de latência clínica caracteriza-se por ser em geral assintomática, com duração de anos. É possível encontrar linfadenomegalia e alterações inespecíficas em exames laboratoriais, de pouca importância clínica, como plaquetopenia, anemia e leucopenia. Enquanto a infecção progride, ocorre queda gradual de LT CD4+, com aparecimento intermitente de infecções, que podem ter apresentações atípicas, ou reativação de infecções antigas, como tuberculose e herpes-zóster. Além disso, podem surgir sinais e sintomas como febre baixa, perda de peso, sudorese noturna, cefaleia e fadiga. Manifestações de imunodeficiência grave podem surgir nessa fase, como candidíase oral, diarreia crônica e febre de origem indeterminada, sendo preditores de evolução para AIDS (BRASIL, 2018).

Já a AIDS caracteriza-se pelo surgimento de manifestações de imunodeficiência avançada, sendo o aparecimento de infecções oportunistas ou neoplasias definidor dessa fase. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são o sarcoma de Kaposi (SK), o linfoma não Hodgkin e o câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT CD4+ está abaixo de 200 céls/mm³, na maioria das vezes (BRASIL, 2018).

A identificação dos primeiros casos da doença em pessoas já discriminadas socialmente resultou em campanhas de prevenção que, além de serem insuficientes para evitar a disseminação da doença, estimularam o preconceito, a discriminação e a estigmatização, aumentando a exclusão social desses grupos (ROCHA, 2016; TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001). Essas repercussões sociais eram reforçadas pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los (GRECO, 2016).

Na época do surgimento e ascensão da epidemia de AIDS, as notícias quase diárias sobre a doença semeavam o sentimento de pânico na população, corroborando com ideias moralistas e discriminatórias. De modo que, como essa foi a apresentação inicial da infecção, a imagem preconceituosa do paciente que havia contraído o vírus HIV foi cultivada e propagada, sendo praticamente uma sentença de morte e motivo de marginalização social. A título de exemplificação, a doença ficou conhecida como “4 Hs:

Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos e Heroínômanos (usuários de heroína injetável)” (VILLARINHO, 2016).

Os estudos dos autores Sanabria et al. de 2016 e Duarte et al. de 2018 indicam ao revisar diversas áreas do conhecimento como ocorreu a formação de um senso moral, preconceituoso e estigmatizante que seguiu os pacientes infectados por HIV ou convivendo com AIDS, independente da mudança no perfil ao longo dos anos (SANABRIA 2016; DUARTE 2018).

A visão interna da área da saúde pôde ser percebida com uma pesquisa sócio-histórica de 2011 com coleta de dados a partir de entrevistas com profissionais que cuidaram, direta ou indiretamente, de pessoas com HIV no Hospital Nereu Ramos, no período de 1985 a 2006. Entre as respostas obtidas, ressaltou-se o receio e a rejeição aos pacientes diante da incerteza da forma de transmissão da doença, de modo que muitos profissionais solicitaram afastamento para não serem encarregados do cuidado desses pacientes (VILLARINHO, 2016).

A Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida passou a ser de notificação compulsória em 1986, contudo a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, somente entrou na lista de doenças de notificação em 2000 (Portaria nº 993, 2000); e a infecção geral pelo HIV em 2014. Assim, a epidemiologia no Brasil é avaliada com alicerce em: (1) notificações compulsórias dos casos de HIV e de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2) óbitos notificados com causa básica por HIV/AIDS no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (3) registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e (4) registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) (BRASIL, 2022).

Para o controle adequado da epidemia de HIV, necessita-se de ampla e ágil testagem, mesmo em pacientes assintomáticos (CHOU et al, 2019). São especialmente indicadas para testagem as pessoas com alto risco de infecção pelo HIV, incluindo aquelas com sintomas de infecção aguda ou crônica, pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), gestantes e pessoas pertencentes a populações vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens com status de infecção desconhecido, usuários de drogas e profissionais do sexo. Além disso, cabe ressaltar que

é recomendado testar qualquer pessoa sexualmente ativa (BRASIL, 2018; NETO et al, 2021).

Considera-se caso de infecção pelo HIV o indivíduo que apresenta resultados positivos em pelo menos dois testes, com metodologias diferentes, sendo eles: testes rápidos, imunoenaios (ELISA), testes moleculares e testes complementares (Western blot, Immunoblot e imunoenaios em linha) (BRASIL, 2018).

Ao analisar o Boletim Epidemiológico HIV/ AIDS no Brasil de 2023, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, foram registrados 36.753 casos de AIDS no Brasil em 2022. A razão de sexos, baseada na relação entre o número de casos de AIDS em homens e mulheres, apresentou variações importantes de acordo com cada região do país, de modo que no Centro-Oeste visualizou-se 28 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Ao comparar 2012 com 2022 houve aumento de 18,3 no número de jovens entre 25 e 29 anos com HIV, o que evidencia o risco de desenvolvimento da doença nessa faixa etária e a necessidade de envidar esforços para a vinculação nos serviços e adesão à terapia antirretroviral. Por fim, observa-se o total de 10.994 óbitos por causa básica de AIDS no ano de 2022, apresentando redução em relação aos 11.238 óbitos registrados em 2021 (BRASIL, 2023).

Ainda, o Boletim Epidemiológico de 2023 ressalta a subnotificação de casos novos pelo Sinan, de modo que tem-se observado ao longo dos anos diminuição do percentual de casos de aids fornecidos via esse sistema. Essa subnotificação implica em restrição de respostas epidemiológicas, como as maiores vulnerabilidades e perfil de paciente infectado atualmente pelo HIV. Ademais, a falta de registro pode acarretar no prejuízo da racionalização do sistema para fornecimento de medicamentos, que devem ser contínuos, e as ações populares de prevenção (BRASIL, 2023).

Segundo os dados mais recentes da UNAIDS, o qual tem como objetivo liderar e coordenar a resposta global à epidemia de HIV/AIDS, em 2023, cerca de 39,9 milhões de pessoas no mundo viviam com o HIV. Outras informações relevantes são o número de novas infecções, que foi 1,3 milhão; o número de óbitos por doenças relacionadas à AIDS representado por 630 mil e o número de acessos à terapia antirretroviral, contemplado por 30,7 milhões de pessoas, somente em 2023 (UNAIDS, 2023).

Para o controle da epidemia no mundo, a ambiciosa meta 90-90-90 foi criada pelo UNAIDS onde se estipulou que, em 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV/AIDS

deveriam estar cientes de seu diagnóstico, 90% deveriam estar em tratamento e 90% deveriam apresentar carga viral (CV) indetectável. No Brasil, estima-se que, ao final de 2021, havia aproximadamente 960 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no país, das quais 89% estavam diagnosticadas; 82% haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde, 73% com cobertura antirretroviral e 65% com supressão viral (CV inferior a 50 cópias/mL) entre todos os indivíduos infectados pelo HIV. Para 2030, está em vigor a meta 95-95-95 (BRASIL, 2022).

No ano de 1987, a Agência de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos (FDA, do inglês *Food and Drug Administration*) aprovou a zidovudina/azidotimidina (AZT) para uso em pacientes com HIV, o qual foi desenvolvido inicialmente para tratar o câncer, porém foi observado que a droga possuía alguma habilidade em controlar o HIV. Neste mesmo ano, o Brasil iniciou a administração de AZT em pacientes portadores de HIV. Assim, surgiu a terapia antirretroviral (TARV), inicialmente como monoterapia, criando novas perspectivas ao tratamento da AIDS (LACERDA et al, 2019).

Com a evolução das pesquisas, foram adotadas novas combinações de drogas, cujas funções são: inibir a replicação do vírus no organismo, preservar a função imunológica do indivíduo, reduzir a probabilidade do surgimento de cepas virais mais resistentes e aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Assim, o objetivo inicial da TARV é não apenas alcançar, mas manter níveis de carga viral indetectável (JÚNIOR e CIOSAK, 2018; CARVALHO et. al, 2019).

Estudo realizado Guerreiro et al (2001), avaliando adultos com AIDS atendidos em um hospital de referência no Ceará entre 1986 e 1998, concluiu que pacientes que utilizaram pelo menos uma droga antirretroviral tiveram sobrevida dez vezes maior que os que não a utilizaram.

Entre 1994 e 1996, surge à terapia dupla com inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRN) zidovudina e lamivudina (3TC), associado a um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRNN), o efavirenz, sendo o primeiro esquema terapêutico oficialmente adotado e recomendado. Em 1995, houve a aprovação de novas classes de ARVs - os inibidores de protease. Assim, em 1996, ganha força a terapia antirretroviral altamente ativa (HAART, do inglês *High Active Antiretroviral Therapy*), com a combinação de três ou mais medicamentos (LACERDA et al, 2019; JÚNIOR e CIOSAK, 2018).

No ano de 1996, o primeiro consenso para TARV regulamentou a prescrição dos antirretrovirais (ARV) no Brasil, sendo adotado o tríplice esquema de ARV, o qual combinava dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease. Assim, foi sancionada a Lei 9.313 no dia 13 de novembro, a qual dispõe sobre a garantia às PVHA o direito ao acesso gratuito do coquetel para o seu tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (LACERDA et al, 2019).

De acordo com o estudo retrospectivo realizado por Reis et al (2007), após análise das taxas de mortalidade padronizadas por AIDS no Brasil entre 1982 e 2002, foi evidenciado queda da mortalidade a partir de 1996, ano de introdução do tratamento com antirretrovirais no serviço público de saúde.

No final de 2013, houve uma alteração no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo de Infecção pelo HIV (PCDT). O esquema preferencial de primeira linha de TARV, composto por tenofovir (TDF) + 3TC + EFZ, utilizada como monodrogas, isto é, distribuídos separadamente, dificultava a adesão ao tratamento. Assim, passou a ser fabricado associado, sendo conhecido como dose fixa combinada ou “3 em 1”. Ademais, foi nesse período que o Brasil passou a ser o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início imediato da TARV para todas PVHA, independente da contagem de CD4 e carga viral. (LACERDA et al, 2019; JÚNIOR e CIOSAK, 2018; CARVALHO et. al, 2019).

O sucesso da terapia antirretroviral é diretamente proporcional à adesão dos pacientes, de modo que a não ou baixa adesão implica na falência dos esquemas básicos de tratamento. Entre os fatores mais prevalentes para a baixa adesão estão, segundo estudos, a baixa escolaridade, a baixa renda, o uso atual e abusivo de álcool, o número de comprimidos no esquema ARV e as faltas no seguimento (NEMES et al, 2009).

Com base na análise de SILVA et al (2015), em um hospital em Salvador- BA, avaliando a adesão terapêutica, a qual é definida pela efetiva tomada da medicação segundo o prescrito pelo profissional de saúde, a falha no tratamento pode ser verificada em casos de reações adversas aos fármacos e de interações com drogas ilícitas ou drogas para controle de outras condições médicas. É crucial a realização adequada do tratamento, tanto em relação ao paciente, quanto ao desempenho farmacológico, uma vez que só o uso estritamente como o recomendado da TARV viabiliza a redução da replicação do HIV no sangue circulante, para reduzir a transmissão do vírus e fornecer

maior qualidade de vida para os acometidos. Além disso, falhas na adesão parecem resultar em mutações e seleção do vírus, intensificando ainda mais a dificuldade de tratamento dessa condição médica (SILVA et al, 2015; LIMA et al, 2012).

O perfil de paciente com essa síndrome imunodepressora se diversificou ao longo dos anos, o que é corroborado com o estudo realizado por Menezes et al (2018), no qual observou-se predomínio de pacientes que se consideram heterossexuais em quase todas as regiões do Brasil. Outros dados importantes para o contexto vigente indicam o tempo prolongado para ser realizado o diagnóstico, variando de 6 meses a 5 anos, podendo ser maior em regiões do país com menor acesso universal à saúde (MENEZES et al, 2018).

A falta de recursos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da incidência HIV/AIDS acomete de forma severa as partes menos favorecidas da população brasileira (CAVALIN, et al., 2020). O cenário atual da AIDS no Brasil é contemplado por uma epidemia heterogênea e em mutação, com sub-diagnósticos referentes ao HIV devido a baixa taxa de testagem (MENEZES et al, 2018).

3. MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, com abordagem descritiva. A pesquisa se propõe a investigar pacientes portadores de HIV/AIDS, atendidos no Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A coleta de dados compreendeu o período de janeiro a julho de 2023 e foi realizada com revisão de prontuários eletrônicos e fichas de notificação compulsória na referida instituição.

O CEDIN é o espaço de referência no tratamento de agravos como HIV, hepatites virais crônicas e as formas graves de tuberculose e hanseníase. A equipe médica do estabelecimento é multidisciplinar, contando com infectologista, dermatologista, pneumologista, pediatra, fisiologista, radiologista, ginecologista, psiquiatra, endocrinologista e urologista. Na carta de serviços, destacam-se a profilaxia pré-

exposição ao HIV (PreP), a profilaxia pós-exposição ao HIV (Pep) e o Ambulatório de Diversidade de Gênero (SES/DF, 2021).

Para seleção da amostra, foram incluídos pacientes atendidos no CEDIN, portadores de HIV/AIDS, com idade maior ou igual a 13 anos. Foram excluídos pacientes que não fizeram acompanhamento no CEDIN, recebendo somente o diagnóstico positivo para HIV.

Foram investigadas as variáveis: sexo, gênero, idade, escolaridade, etnia, ocupação (estudantes, dona de casa, desempregado, autônomo, assalariado, aposentado/pensionista), principais infecções oportunistas segundo Critério Rio de Janeiro/Caracas, forma de transmissão do HIV (vertical, sanguínea ou sexual), data do diagnóstico, carga viral (número de cópias virais por mililitro de sangue), contagem de células CD4 e CD8 (em cópias por milímetros cúbicos de sangue) após diagnóstico HIV/AIDS e na vigência do tratamento, terapia antirretroviral, adesão e tolerância a medicação.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

Todos os dados foram manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados serão aqui apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais dos pacientes do projeto.

Cabe ressaltar que esta proposta de pesquisa foi submetida ao CEP através da plataforma Brasil.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa foi composta por 269 pacientes. A faixa etária encontrada variou de 16 a 74 anos. A tabela 1 descreve o perfil sociodemográfico dos pacientes infectados pelo HIV atendidos no CEDIN.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HIV/AIDS

VARIÁVEL	DISCRIMINAÇÃO	n	%
Idade (média±DP) / Mediana		34,32 ±10,69 / 32 anos	
Sexo	Masculino	230	85,50
	Feminino	39	14,50
Orientação sexual	Homossexual	145	53,16
	Heterossexual	81	30,11
	Bissexual	32	11,90
	Ignorado	13	4,83
Etnia	Parda	147	54,65
	Branca	73	27,14
	Preta	31	11,52
	Indígena	3	1,12
	Amarela	1	0,37
	Ignorado	14	5,20
Escolaridade	Ensino Médio Completo	72	26,77
	Educação Superior Completa	65	24,16
	Ignorado	45	16,73
	Educação Superior Incompleta	27	10,04
	Ensino Médio Incompleto	25	9,29
	Ensino Fundamental Incompleto	22	8,17
	Ensino Fundamental Completo	12	4,46
	Analfabeto	1	0,37
Ocupação	Assalariado	95	35,32
	Desempregado	27	10,04
	Autônomo	26	9,67
	Estudante	24	8,92
	Aposentado/pensionista	8	2,97
	Trabalhos domésticos	4	1,49
	Ignorado	85	31,60

O presente estudo demonstrou uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino, corroborando com a estatística atual do nosso país, no qual o Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS 2023, apresenta que 73,66% dos casos de infecção pelo HIV de janeiro a junho de 2023 eram do sexo masculino. Uma análise temporal mais expressiva indica que vinte anos atrás, os homens também eram mais acometidos pelo vírus, de modo que em números absolutos no ano de 2004 havia 8366 homens convivendo com HIV, em detrimento de 5567 mulheres (Boletim Epidemiológico AIDS/DST, 2004). Em 2014, via-se no Brasil o dobro de pacientes homens em relação às mulheres acometidas por AIDS/HIV (Boletim Epidemiológico AIDS/DST, 2014).

Os dados apresentados em nosso estudo, mostraram uma razão entre sexos (M:F) nos casos de HIV de 5,9:1, em consonância com a mudança no país ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2023), bem como no Distrito Federal. Segundo o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Distrito Federal - 2012, em 1987, a razão era de 8,5:1 M/F. No entanto, no período de 2000 a 2006, observou-se uma relativa estabilização da razão em 2:1 M/F. Já o Informativo da Situação Epidemiológica do HIV e da Aids no Distrito Federal de 2018 a 2022 apontou que o valor médio da razão entre sexos foi de 5,9:1 M/F, tendo atingido o pico em 2019, com 7,1:1 M/F.

Quanto a orientação sexual, observou-se em nosso trabalho prevalência de homossexual, seguida de heterossexual. Considerando os dados de sexo biológico e orientação sexual há o perfil predominante de paciente com HIV masculino homossexual que é atendido no Centro Especializado em Doenças Infecciosas do Distrito Federal. Tal dado é historicamente relevante ao considerar a ascensão midiática e epidemiológica da AIDS no século XX, época marcada por termos discriminatórios e preconceituosos, com apogeu ao caracterizar como doença “4 Hs: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos e Heroinômanos (usuários de heroína injetável)” (VILLARINHO, 2016).

De acordo com os dados do nosso estudo, dentre os homens infectados 62,17% são homossexuais, 18,26% heterossexuais, 13,04% bissexuais e 5,65% sem registro. Já as mulheres infectadas, 99,95% são heterossexuais e 0,05% bissexuais. Esses resultados estão em concordância com o Informativo Epidemiológico do DF realizado pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde, entre os anos 2018 e 2022, no qual 50,4% dos pacientes com HIV se dizem homossexuais. (Informativo Epidemiológico do Distrito

Federal, 2023). Contudo, outras regiões do Brasil indicam um panorama diferente da orientação sexual desses pacientes, como demonstra o estudo feito por Lima (2012) sobre o perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um ambulatório de infectologia em um centro de especialidades médicas em Belém-Pará, entre os anos 2012 e 2020, com destaque para homens heterossexuais. Em relação à região sul, uma análise feita em Cascavel - Paraná de 2010 a 2020 indicou também prevalência de homens jovens heterossexuais infectados por HIV. (ARAÚJO e CAVALLI, 2022).

A faixa etária predominante de diagnóstico por HIV/AIDS na nossa pesquisa foi entre 20 e 29 anos, correspondendo a 36,80% dos casos, seguida de 30 a 39 anos, com 36,43% dos casos. Desse modo, a faixa etária com menor prevalência neste estudo é entre 13 e 19 anos, seguido de pacientes com 60 anos ou mais. De forma semelhante, estudo realizado no estado de Minas Gerais encontrou uma prevalência entre as faixas etárias 30 a 39 anos e menores de 29 anos, correspondendo a 31,9% e 31,5% dos casos, respectivamente (TRINDADE et al., 2019).

Dados brasileiros entre os anos de 2012 e 2020 indicam aumento de 20,3% na faixa etária acima de 60 anos, mas ainda com predomínio de novos casos em jovens entre 25 e 39 anos de idade, correspondendo em sua totalidade a faixa etária preponderante (Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2023). No Distrito Federal, no mesmo período, o protagonismo de pacientes entre 25 e 39 anos se manteve semelhante ao da pesquisa, com exceção do aumento de 13,8% na infecção de mulheres acima de 60 anos em 2019. (Informativo Epidemiológico do Distrito Federal, 2023).

A ausência de debate sobre a sexualidade não é vista somente entre adolescentes e jovens, mas também em idosos, o que pode influenciar no certo aumento de casos de HIV/AIDS nessa faixa etária em âmbito nacional. Tal fato pode ser visualizado no resultado da pesquisa feita por Aguiar et al. em 2020, ao questionar idosos sobre uso de preservativos, 38% dos idosos mencionaram não saber como usar (AGUIAR et al, 2020).

Importante ressaltar que em 269 pacientes, apenas 10 correspondiam a faixa de 60 ou mais anos, sendo que 5 destes, foram diagnosticados já idosos e os outros 5 apenas começaram o acompanhamento no CEDIN em 2023, mas já eram previamente diagnosticados com HIV há pelo menos vinte anos. O aumento da sobrevida em pessoas que vivem com HIV se deve ao uso da TARV, que foi a principal ferramenta para que se

alcançasse a terceira idade nessa população (BRASIL, 2006). Estudos nacionais realizados no início da epidemia de HIV/AIDS estimaram o período de sobrevivência de portadores da síndrome, de 4 a 9 meses de vida (GADELHA, 1987; GADELHA, 2002).

Vieira et al (2021) concluiu em estudo de revisão integrativa que a falta de conhecimento do uso de preservativos entre jovens, além da baixa frequência de uso, mesmo naqueles que têm conhecimento, ignorância da infecção por HIV e do curso da doença, comportamento sexual de risco, baixa escolaridade e múltiplos parceiros sexuais, pode estar contribuindo para o número constantemente crescente de HIV/AIDS entre jovens (VIEIRA et al, 2021).

Quanto à escolaridade, ressalta-se que a classificação utilizada segue a ficha de notificação/investigação AIDS (pacientes com 13 anos ou mais) preconizada pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN). A maioria dos pacientes analisados (60,97%) em nossa pesquisa, apresentava ensino médio completo, superior incompleto ou completo. Tal dado diverge com dados de pesquisas realizadas até o ano de 2010, no qual mais de 50% dos pacientes apresentavam apenas o ensino fundamental completo (BERTONI et al., 2010; NETO et al., 2010). Ainda sobre a escolaridade, há divergência com estudos recentes realizados nos estados do nordeste do país, nos quais há predomínio de baixa escolaridade, cursando até o ensino fundamental, nos indivíduos diagnosticados com HIV (FILHO et al.,2023; DOMINGUES et al., 2022).

A forma de transmissão mais documentada no estudo foi a sexual, correspondendo a 95,91% (n = 258) dos casos, seguido de não registrado em 2,97% (n = 8), sanguínea em 0,74% (n = 2) e vertical em 0,37% (n = 1). Cabe ressaltar que, dentre os casos de transmissão sanguínea, 100% foram por uso de drogas injetáveis. Estudo realizado no estado da Bahia obteve resultado divergente, no qual, em 2022, 30% dos casos de infecção por HIV foram decorrentes do uso de drogas injetáveis (FILHO et al, 2023). Segundo Lima et al. (2017), a transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis é proporcionalmente mais importante entre os pacientes com baixa escolaridade e a transmissão sexual é proporcionalmente mais importante nos indivíduos de melhor escolaridade. Como demonstrado no II Relatório Brasileiro Sobre Drogas de 2021, realizado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis ocorrem principalmente entre aqueles que têm entre 4 e 8 anos de

educação formal, mas há grande proporção de grau de escolaridade não notificado (II Relatório Brasileiro Sobre Drogas, 2021). Diante do exposto, uma possível justificativa para a baixa taxa de transmissão sanguínea verificada seria o grau de escolaridade dos pacientes do CEDIN.

A pequena quantidade de indivíduos infectados de forma vertical no presente estudo pode ter sido influenciada pelo fato de terem sido analisados apenas pacientes com 13 anos ou mais. Segundo o Ministério da Saúde, a infecção pelo HIV por transmissão vertical é, geralmente, diagnosticada nos primeiros meses de vida, por meio de testes moleculares, como a quantificação do RNA viral (carga viral) ou o teste para detecção do DNA pró-viral (BRASIL, 2023).

Na análise da variável etnia, observa-se que a cor de pele parda representou a maior parte dos casos, seguido de brancos e pretos. Tal dado está de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2023, o qual demonstra que, em 2022, entre os casos notificados no Sinan, 49,8% ocorreram em pardos, 29,9% em brancos e 13,0% em pretos (BRASIL, 2023).

Com relação à ocupação, observou-se uma maior ocorrência em assalariados (35,32%), porém, houve um elevado percentual de casos com ocupação ignorada (31,60%), o que prejudica uma melhor avaliação dessa variável. Quando comparado ao estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019, a principal ocupação encontrada também foi de assalariados, com 34,61% dos casos. Ressalta-se, ainda, que a porcentagem de ignorados no estudo citado não é significativa, com apenas 0,76% (FERREIRA et al., 2023).

Os primeiros critérios brasileiros para definição de caso de AIDS foram adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1987 com referência na definição elaborada pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1985. Dessa forma, denominada Critério CDC Modificado, a definição de caso fundamentava-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência a partir de métodos diagnósticos definitivos. Tendo em vista a necessidade de critérios mais simplificados para a definição de casos, que não dependessem de exames complementares sofisticados e de alto custo, foi introduzido no Brasil, em 1992, um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro. Assim foi

proposto em fevereiro de 1989 em uma reunião de especialistas organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na cidade de Caracas, Venezuela, o Critério Rio de Janeiro/Caracas (BRASIL, 1998).

Segundo o Ministério do Brasil, a significativa associação entre presença de contagem de LT CD4 < 200 células/ mm³ e ocorrência de manifestações clínicas da síndrome de imunodeficiência adquirida é inquestionável. Assim, o estudo realizado por Kilsztajn (2001), com o objetivo de hierarquizar os critérios CDC/Modificado, Rio/Caracas e contagem de LT CD4, utilizou o LT CD4 menor que 200 células/mm³ como padrão-ouro para definição de casos de AIDS, sendo calculada a sensibilidade e a especificidade para os três critérios analisados a partir dos casos previamente notificados de AIDS. Foi então observada uma sensibilidade maior do critério Rio/Caracas comparado com o critério CDC/Modificado (BRASIL, 1998; KILSZTAJN, 2001).

Ainda, Kilsztajn afirma que o critério Rio/Caracas, por ser mais sensível, possibilita o diagnóstico precoce de novos casos de AIDS, uma vez que abrange sinais e sintomas que participam da evolução natural da doença. Em contraponto, o critério CDC/Modificado só consideraria os mesmos casos como sendo passíveis de diagnosticar em um espaço de aproximadamente um ano (KILSZTAJN, 2001).

Os principais sinais, sintomas e doenças oportunistas apresentados pelos pacientes da pesquisa, descritos na ficha de notificação compulsória, estão demonstrados na tabela 2.

Tabela 2. Principais sinais, sintomas e doenças oportunistas, segundo Critério Rio de Janeiro/Caracas, nos pacientes portadores de HIV/AIDS

CRITÉRIO	DISCRIMINAÇÃO	n	%
Caquexia ou perda de peso > que 10% (2 pontos)	Sim	34	12,64
	Não	226	84,01
	Ignorado	9	3,35
Astenia ≥ a um (1) mês (2 pontos)	Sim	23	8,55
	Não	237	88,10
	Ignorado	9	3,35
	Sim	14	5,20

Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, de forma constante ou intermitente, por um período \geq a um (1) mês (2 pontos)	Não	245	91,08
	Ignorado	9	3,35
Diarreia por um período \geq a um (1) mês. (2 pontos)	Sim	12	4,46
	Não	248	92,19
	Ignorado	9	3,35
Dermatite persistente (2 pontos)	Sim	12	4,46
	Não	248	92,19
	Ignorado	9	3,35
Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (2 pontos)	Sim	12	4,46
	Não	248	92,19
	Ignorado	9	3,35
Linfadenopatia \geq a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais sítios extra inguinais, por um período \geq a um (1) mês. (2 pontos)	Sim	11	4,09
	Não	249	92,57
	Ignorado	9	3,35
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (2 pontos)	Sim	6	2,23
	Não	254	94,42
	Ignorado	9	3,35
Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5 pontos)	Sim	6	2,23
	Não	254	94,42
	Ignorado	9	3,35
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade (5 pontos)	Sim	5	1,92
	Não	250	95,79
	Ignorado	6	2,29
Disfunção do sistema nervoso central (5 pontos)	Sim	4	1,49
	Não	256	95,16
	Ignorado	9	3,35
Tuberculose pulmonar cavitária não especificada (5 pontos)	Sim	4	1,49
	Não	253	94,05
	Ignorado	12	4,46
Sarcoma de Kaposi (10 pontos)	Sim	3	1,11
	Não	257	95,54
	Ignorado	9	3,35
Tuberculose pulmonar cavitária não especificada (5 pontos)	Sim	0	0
	Não	257	95,54
	Ignorado	12	4,46

Doenças oportunistas são infecções que acometem o organismo humano devido à alguma falha no sistema imunológico, que é responsável por liberar células de defesa que irão combater antígenos diversos. Tais infecções relacionam-se ao pior prognóstico no curso clínico da doença nos pacientes soropositivos, uma vez que provocam instabilização da saúde. O diagnóstico tardio associado às infecções constitui as principais causas de hospitalização, assim como de altas taxas de morbidade e mortalidade dessa parcela populacional (JORDÃO et al., 2021).

Na presente pesquisa, o sintoma mais notificado foi a caquexia ou perda de peso maior que 10%, seguido de astenia por um período maior ou igual a um mês e febre igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um mês. Tais dados assemelham-se com os encontrados por estudo realizado em um município de São Paulo, o qual obteve a mesma ordem de prevalência dos sintomas notificados (SOUZA, 2022). Em oposição ao exposto acima, a revisão integrativa realizada por Mesquita et al. no ano de 2020 com busca na Biblioteca Virtual em Saúde acerca do diagnóstico na Atenção Primária, as principais condições indicadoras de HIV foram febres, diarreia e candidíase (MESQUITA, 2021).

Nesse contexto, é relevante ressaltar que entre as infecções oportunistas relacionadas ao HIV a tuberculose é destacada, devido a ação do vírus HIV no organismo. Mais detalhadamente, o vírus HIV apresenta tropismo não só por linfócitos T CD4, como também por monócitos e macrófagos principalmente na infecção aguda. Como resultado, essas células têm suas funções imunológicas prejudicadas, como apresentação e destruição de antígenos e liberação de citocinas. É nesse panorama que o bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis* invade macrófagos já debilitados, *intensificando* exponencialmente sua replicação e expansão no organismo. (FILHO, 2021; SANTANA, 2019). Dessa forma, as principais manifestações no quadro clínico de tuberculose são febre, tosse, perda de peso, astenia e sudorese; sintomas também apresentados pelos pacientes da pesquisa (BRASIL, 2024; SANTANA, 2019). Cabe ressaltar uma similaridade de parte destes sintomas, com os sintomas encontrados em nosso pacientes atendidos no CEDIN no ano de 2023, o que reforça a necessidade de investigação diagnóstica para tuberculose no atendimento inicial e seguimento dos pacientes diagnosticados com HIV.

Segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas, para definição de caso de Aids, deve-se haver evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório, e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde, associado ao somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças. Com o somatório da escala de sinais, sintomas ou doenças do critério Rio de Janeiro/Caracas, observou-se em nosso estudo 11 pacientes (4,09%) com somatório maior ou igual a 10, sendo definidos como casos de AIDS, 49 (18,21%) com somatório entre 1 e 9, 200 pacientes (74,35%) assintomáticos e 9 (3,35%) com informação ignorada.

No período entre 1999 e 2000 em Brasília, ao avaliar pacientes infectados por HIV no início do acompanhamento em serviços especializados, 50,7% apresentavam sintomas de infecções oportunistas no primeiro encontro com o serviço. Tal resultado difere do encontrado em nossa pesquisa, visto que a maioria dos pacientes (74,35%) era assintomática no momento do diagnóstico de acordo com o preenchimento da ficha de notificação com o critério Rio de Janeiro/Caracas (CARVALHO, 2003). O que pode ser explicado pela diferença temporal entre as pesquisas, haja vista o grande investimento em tecnologias para o avanço no diagnóstico precoce da infecção pelo HIV nas últimas décadas, a citar o surgimento dos testes rápidos (TR) no início dos anos 2000, além da instituição do acesso gratuito ao diagnóstico e tratamento para HIV/Aids por meio do SUS (FERREIRA, 2023; GUIMARÃES et al, 2017).

Em adição, estudo realizado há duas décadas no Distrito Federal observou que 70,1% dos pacientes eram sintomáticos ou com AIDS, ou seja, o paciente referiu ter tido pelo menos um dos sintomas relacionados à AIDS e/ou pelo menos uma infecção oportunista associada à síndrome. Assim, observa-se novamente uma discrepância com o nosso estudo, realizado quase 20 anos depois, com 74,35% dos pacientes sendo assintomáticos (SEIDL, 2005), o que pode ser explicada pelos esforços nacionais e internacionais na luta contra o HIV, com o aumento do acesso à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados eficazes.

Outro aspecto que pode justificar o resultado encontrado de redução de sintomáticos ao diagnóstico é a carência de informações nos prontuários, dado que diversas fichas de notificação do Sinan avaliadas durante o presente trabalho estavam incompletas, com dados faltosos. O que resultou em considerável número de dados

classificados como ignorados em todos os itens avaliados. Consoante a essa situação no DF, outros estados se deparam com o mesmo problema, como pode ser visualizado em estudo do perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em Marabá/PA entre 2017 e 2021 que pontuou como limitação a falta de preenchimento ou preenchimento errôneo em campos importantes da ficha de notificação do Sinan e de prontuários médicos (NASCIMENTO, 2023).

A mensuração da carga viral e a contagem de linfócitos TCD4+ são utilizadas como parâmetros laboratoriais importantes para avaliar o grau da imunodeficiência dos pacientes infectados pelo HIV, sendo estes parâmetros associados à progressão da doença e risco de óbito, assim como ao risco de desenvolvimento de doenças oportunistas (BRITO et al, 2021). As tabelas 3 e 4 descrevem a carga viral (CV) e a contagem de LT CD4+ e de LT CD8+ inicial e após início do tratamento, respectivamente.

Tabela 3. Carga viral inicial e após início do tratamento em pacientes infectados por HIV

DISCRIMINAÇÃO DE CARGA VIRAL	CARGA VIRAL INICIAL		CARGA VIRAL APOS INICIO DO TRATAMENTO	
	n	%	n	%
> 100.000 cópias/mL	63	23,42	4	1,49
100.000 - 10.000 cópias/mL	73	27,14	10	3,72
10.000 - 1.000 cópias/mL	41	15,24	4	1,49
< 1.000 cópias/mL	34	12,64	76	28,25
Indetectável	3	1,12	114	42,38
Ignorado	55	20,45	61	22,68

Tabela 4. Contagem de linfócitos T CD4+ e CD8+ inicial e após o início do tratamento em pacientes infectados por HIV

CONTAGEM DE CÉLULAS	LT CD4+ AO DIAGNÓSTICO		LT CD4+ APÓS INÍCIO DO TRATAMENTO		LT CD8+ AO DIAGNÓSTICO		LT CD8+ APÓS INÍCIO DO TRATAMENTO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 200 células/mm ³	36	13,38	13	4,83	2	0,74	6	2,23
200 - 350 células/mm ³	29	10,79	7	2,60	1	0,37	2	0,74

350 - 500 células/mm ³	33	12,27	15	5,58	8	2,97	5	1,86
> 500 células/mm ³	70	26,02	64	23,79	108	40,15	60	22,30
Ignorado	101	37,55	170	63,20	150	55,76	196	72,86

A carga viral plasmática, detectada na forma de RNA do HIV, reflete a dinâmica desse vírus nos indivíduos infectados, quantificando as partículas que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea. Dessa forma, o nível de RNA do HIV no plasma é um marcador clínico importante, haja vista existir uma relação direta entre a quantidade de HIV detectada e a rapidez com que a infecção progride. Níveis elevados de replicação do vírus e o aumento da carga viral estão associados a deterioração acelerada do sistema imune (BRASIL, 2003).

A literatura nacional e internacional considera a carga viral > 100.000 cópias/mL como uma carga viral elevada (EACS, 2019). Nesse contexto, observa-se no presente estudo que a maior parte dos pacientes (27,14%) apresentaram CV inicial entre 100.000 e 10.000 cópias/mL, seguido de CV inicial > 100.000 cópias/mL em 23,42% dos pacientes.

Embora a grande maioria dos tratamentos de primeira linha recomendados em diretrizes internacionais alcancem boa efetividade com CV > 100.000 cópias/mL, o início da TARV com CV elevado e CD4 < 200 células/mm³ ainda está associado a um pior prognóstico em comparação com aqueles que iniciam com CV menor e maior contagem de CD4 (KRAL et al., 2021). Segundo o Ministério da Saúde, há um risco aumentado de óbito nos primeiros meses do tratamento em pessoas que iniciam o tratamento com doença avançada e imunodeficiência grave, a citar o risco de ocorrência da síndrome inflamatória da reconstituição imune (Siri) (BRASIL, 2024). Essa síndrome se manifesta como quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado e piora “paradoxal” de doenças preexistentes, que seriam geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves. O início da terapia antirretroviral (TARV) em pessoas com baixa contagem de CD4+ é um fator preditor para a ocorrência de Siri, especialmente havendo história pregressa ou atual de infecções oportunistas (BRASIL, 2024).

Segundo dados do Ministério da Saúde, refletindo os esforços empreendidos nacionalmente, nota-se, desde 2014, uma grande proporção de pessoas iniciando a

TARV com CD4 elevado, com destaque para aquelas com contagem superior a 500 células/mm³ (BRASIL, 2023).

Em contraste, no Centro Especializado em Doenças Infecciosas do Distrito Federal, 36,44% dos usuários apresentaram contagem LT CD4+ inferior a 500 células/mm³ e apenas 26,02% apresentaram contagem superior a 500 células/mm³ ao iniciar a TARV. Importante ressaltar o elevado número de pacientes sem registro da contagem de LT CD4+ inicial e após o tratamento em prontuário (37,55% e 63,20%, respectivamente), o que pode afetar a avaliação dessa variável. Tal fato pode ser explicado devido ao CEDIN ser um centro de referência que faz o acompanhamento tanto de casos novos quanto de antigos, sendo muitas vezes encaminhados de outros serviços médicos do DF ou até de outros estados, onde iniciaram o acompanhamento e o tratamento. Na maioria das vezes esses pacientes não sabem informar seus dados laboratoriais e as informações não são de fácil acesso, o que também ocorre em casos diagnosticados há mais de dez anos quando os sistemas eram diferentes dos atuais, sem possibilidade de resgate das informações. Além disso, muitos pacientes acabam fazendo os exames laboratoriais em laboratórios do serviço particular e não trazem os resultados para as consultas.

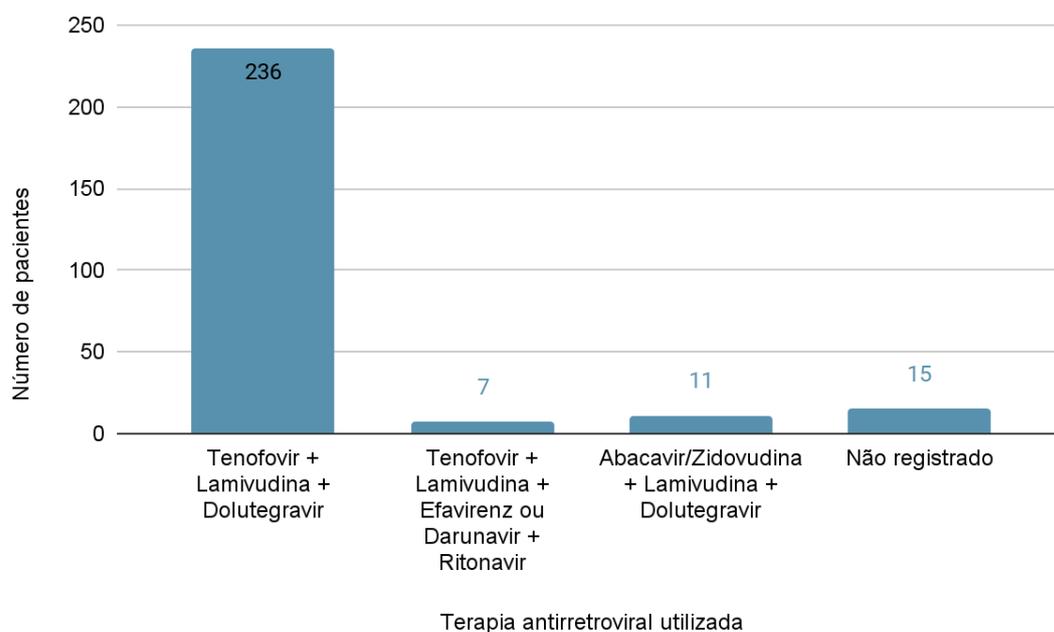
O monitoramento clínico-laboratorial da infecção pelo HIV é realizado por meio da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral. A contagem de CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar o grau de comprometimento do sistema imune, a indicação das imunizações e as profilaxias para infecções oportunistas. Já a carga viral é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia da TARV e detectar precocemente problemas de adesão em pessoas vivendo com HIV ou AIDS (BRASIL, 2024).

Considera-se falha terapêutica a ausência de supressão viral após seis meses de TARV ou rebote da replicação viral após um período de supressão, sendo a supressão em si definida quando os testes moleculares padrão para quantificação de RNA viral expressam resultados “inferior ao limite mínimo”, quando há uma quantidade muito pequena e não quantificável de cópias virais, ou “não detectado”, quando nenhum RNA viral é identificado. Em contrapartida, a falha virológica é de carga viral (CV-HIV) superior a 200 cópias/mL. (BRASIL 2023)

Como desejado, a carga viral inicial sofreu redução significativa após o início da TARV nos pacientes da pesquisa. Enquanto apenas 13,76% apresentaram CV inferior a 1.000 cópias/mL ao diagnóstico (incluindo 1,12% de CV indetectável), 70,63% apresentaram CV inferior a 1.000 cópias/mL após início do tratamento, sendo 42,38% com CV indetectável. Cabe ressaltar, ainda, que dos pacientes com CV inferior a 1.000 cópias/mL, mas detectável, 35 (46,05%) estavam em supressão viral, ou seja, com CV inferior a 50 cópias/mL.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV do Ministério da Saúde preconiza que o esquema inicial para o tratamento da infecção pelo HIV deve incluir três medicamentos ARV, sendo dois inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleotídeos (ITRN) e um terceiro de outra classe: um inibidor da integrase (INI), um inibidor de protease potencializado com ritonavir (IP/r) ou um inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) (BRASIL, 2024). Os principais esquemas de terapia antirretroviral instituídos aos pacientes infectados por HIV acompanhados no CEDIN estão demonstrados no Gráfico 1.

Gráfico 1. Principais esquemas de terapia antirretroviral instituídos aos pacientes infectados por HIV



O serviço do CEDIN segue as recomendações do Ministério da Saúde e a primeira escolha terapêutica inicial é a associação entre tenofovir com lamivudina e dolutegravir (TDF/3TC + DTG), em tomada única diária. São reservadas alterações para os casos de intolerância ou contraindicações ao dolutegravir ou ao tenofovir (BRASIL, 2024). Observa-se que 87,73% dos pacientes da pesquisa utilizavam o esquema preferencial (TDF/3TC + DTG), 2,60% utilizavam o esquema para caso de intolerância ou contraindicação a dolutegravir (Tenofovir/ Lamivudina + Efavirenz ou Darunavir + Ritonavir) e 4,09% o esquema para caso de intolerância ou contraindicação a tenofovir (Abacavir/ Zidovudina + Lamivudina + Dolutegravir).

A associação tenofovir e lamivudina (TDF/3TC) está disponível em um único comprimido, o que facilita a adesão medicamentosa, e apresenta melhor perfil em termos de toxicidade, supressão virológica e resposta de células CD4 quando comparada com outras formas de associação da lamivudina. Em relação ao dolutegravir a conformação pode ser combinada com os outros dois medicamentos, o que facilita o uso, ou isoladamente com uma dose diária. Esse antirretroviral apresenta como vantagem a alta barreira genética à resistência viral, ou seja, caso haja falha virológica, é incomum a emergência de mutações virais de resistência à dolutegravir (BRASIL, 2023).

Os avanços na formulação das medicações, bem como suas associações, na última década, resultaram em aumento progressivo das taxas de resposta no tratamento da infecção pelo HIV. Dados expressivos têm sido frequentes, a citar mais de 80% dos pacientes apresentando carga viral inferior a 50 cópias/mL após um ano de tratamento e a maior parte mantendo a supressão viral nos anos seguintes (NICKEL, 2021). Ademais, caso os pacientes apresentem falha terapêutica inicial, são utilizadas terapias de resgate, como a substituição com resultados de eficácia e durabilidade também promissores. Esquemas de resgates mais simples e bem tolerados possibilitam atualmente taxas de supressão viral elevadas, mesmo na presença de resistência viral (PATON, 2022).

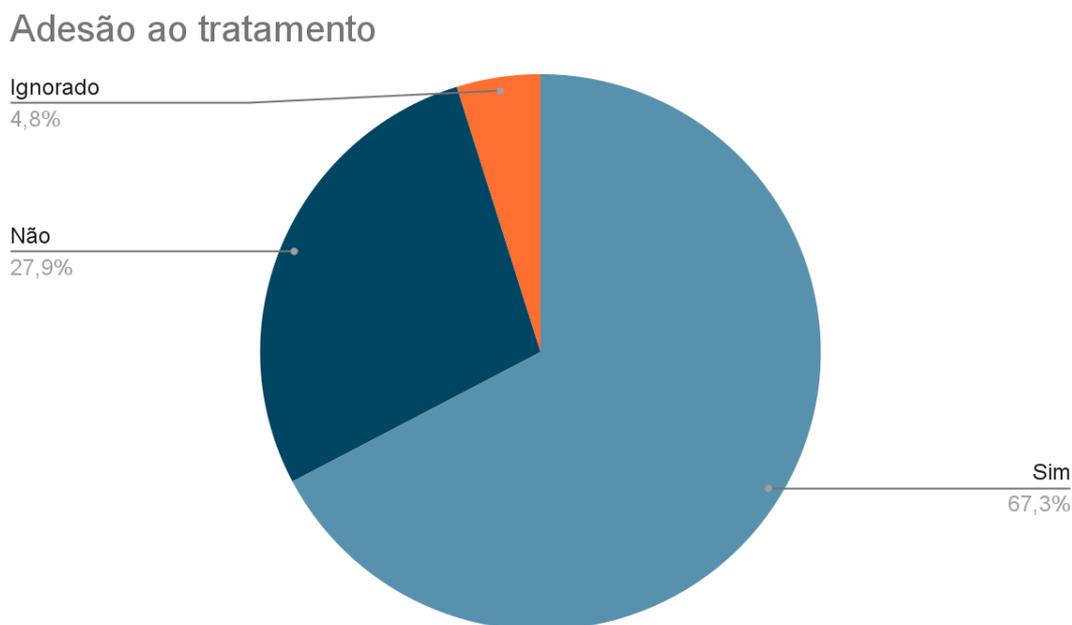
O uso de TARV, além de reduzir significativamente a morbimortalidade de PVHA, representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. A

supressão da replicação viral reduz o risco de novas transmissões. Assim, em 2016, a *Prevention Access Campaign* (PAC) lançou a campanha “Indetectável = Intransmissível” (I = I), com base na afirmação de que pessoa que vive com HIV e tem carga viral indetectável não transmite o HIV de forma sexual (PAC, 2016).

Nesse contexto, estudo realizado com pacientes de diversos países na Europa, pelo acompanhamento de casais sorodiferentes, não identificaram transmissão do HIV por pessoas em tratamento com carga viral plasmática inferior a 200 cópias/mL por pelo menos seis meses (RODGER et al, 2019). Já uma revisão sistemática recente, analisando estudos com casais sorodiferentes, concluiu que o risco de transmissão sexual do HIV é praticamente zero em pacientes com carga viral plasmática inferior a 1.000 cópias/mL (BROYLES et al, 2023).

Os resultados obtidos por tais estudos reforçam que a eficácia da TARV já está bem estabelecida na literatura científica, porém, a efetividade dela depende especialmente da adesão dos pacientes aos medicamentos e do seu uso correto, além do monitoramento laboratorial da CV e contagem dos LTCD4+. A adesão dos pacientes da presente pesquisa está representada no Gráfico 2.

Gráfico 2. Adesão ao tratamento dos pacientes infectados pelo HIV



O repertório de estudos brasileiros sobre prevalência e fatores associados à adesão à TARV é limitado, além de a forma de avaliar a adesão ao tratamento ser bastante variável, o que interfere na comparabilidade dos achados. A contagem de comprimidos, o registro de dispensação, o autorrelato e o monitoramento eletrônico e laboratorial são os métodos de aferição da adesão mais comumente encontrados na literatura, mas os pontos de corte para a caracterização da adesão por meio da dispensação também variam (MARIA et al., 2023).

A partir das variáveis de carga viral e presença em consultas de acompanhamento, operacionalizou-se o desfecho de adesão medicamentosa no presente estudo. Foram considerados não aderentes ao tratamento os usuários com HIV/AIDS que não apresentaram queda da carga viral e/ou que havia registro em prontuário de faltas consecutivas em consultas e/ou que não retornaram para retirar seus medicamentos antirretrovirais após 100 dias contados a partir da data prevista no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) para a próxima dispensação, conforme preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

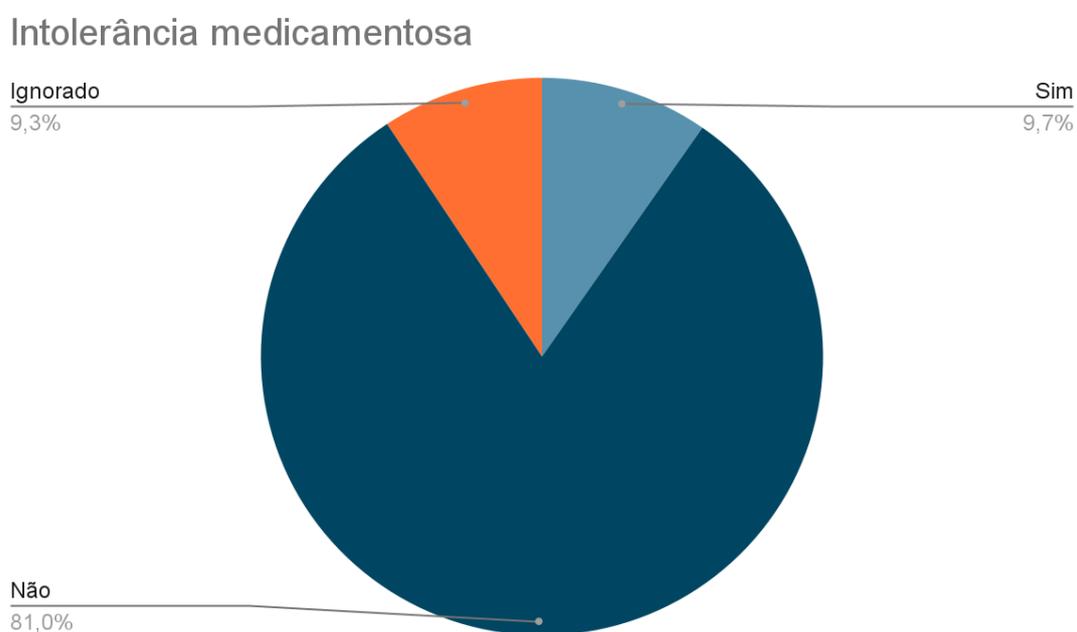
Observou-se a não adesão em 27,9% dos pacientes da pesquisa, em contraste com 67,3% de adesão. Tal dado foi similar aos resultados encontrados por pesquisa realizada na Bahia, por meio de revisão de prontuários, na qual a não adesão foi vista em 25% dos pacientes (SILVA et al, 2015). Bem como o levantamento de dados do Ministério da Saúde sobre o ano anterior ao da pesquisa, de modo que, em 2022, 76% das pessoas apresentaram adesão suficiente, enquanto 15% tiveram adesão insuficiente, sendo o restante correspondente a 9% com perda de seguimento. (BRASIL, 2023)

O Brasil assinou em 2014, com atualização em 2021, o compromisso de atingir a meta 95-95-95 até 2030, a qual foi proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) para o controle do HIV e prevê que: (1) 95% de todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS sejam diagnosticadas, reiterando o esforço para a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV; (2) 95% dos HIV+ diagnosticados estejam em tratamento antirretroviral, estimulando a ampliação do acesso à TARV; e (3) 95% dos usuários tratados estejam com carga viral indetectável, um dos indicadores de boa adesão ao tratamento (UNAIDS, 2015; BRASIL, 2024). Assim, apesar da maior parte dos

pacientes da pesquisa terem apresentado adesão ao tratamento, é notória a necessidade de esforços nacionais para alcançar essa meta.

Pesquisas mostram que pacientes que cursaram com alguma reação adversa aos medicamentos da TARV apresentaram mais chance de não adesão do que aqueles que não tiveram reação adversa no início da terapia (CARVALHO et al., 2019). A presença de intolerância medicamentosa e os principais sintomas apresentados pelos pacientes em uso de TARV na pesquisa estão descritos nos Gráficos 3 e 4.

Gráfico 3. Intolerância medicamentosa dentre os pacientes em uso de terapia antirretroviral



Como determinado pela ANVISA, reação adversa a medicamentos é uma reação nociva e não intencional que ocorre em doses normalmente usadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de determinada enfermidade. Sendo assim, a intolerância medicamentosa pode ser compreendida como consequência de reações adversas (ANVISA, 2024).

Os novos esquemas de TARV expressam menos eventos adversos graves e maior tolerância que os utilizados anteriormente, resultando redução nas descontinuidades do tratamento. Atualmente, a TARV é altamente recomendada para todas as PVHA, independentemente da contagem de LT-CD4+ inicial, preconizando a não interrupção

da terapia. O tratamento da PVHA deve ser individualizado, evitando efeitos adversos em longo prazo, a citar toxicidade óssea ou renal, dislipidemia, resistência à insulina ou doenças cardiovasculares, mais comuns nas associações de segunda e terceira linha (BRASIL, 2023).

Historicamente, as drogas antirretrovirais apresentaram seu uso mais amplo na população brasileira em torno de 1990, com a zidovudina, contudo em 1996, com estímulo da lei nº 9.313 que garantia acesso universal e gratuito de medicamentos às pessoas com HIV/AIDS, foram estudados e incorporados as novas classes medicamentosas, inibidores de protease (IP) e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN), que são usadas atualmente em esquemas terapêuticos. Inicialmente essas drogas apresentaram resultados favoráveis de redução de morbimortalidade, contudo a adesão terapêutica era um desafio dada a quantidade de efeitos adversos experienciados pelos pacientes, entre outros fatores sobre formas de uso e dispensa medicamentosa e crenças da necessidade de uso (SANTOS, 2011).

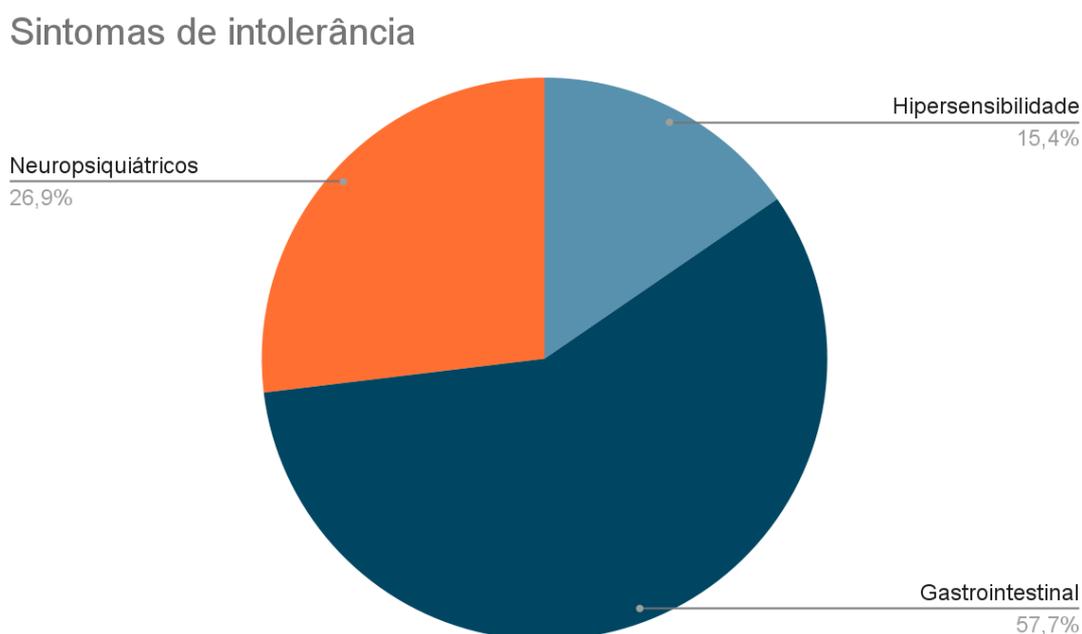
A preconização do esquema tenofovir/ lamivudina e dolutegravir como primeira linha na terapia antirretroviral ocorreu em 2018, de modo que previamente à Nota Informativa Nº 03/2018 do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis eram mais utilizados esquemas contendo ITRNN ou IP, sem dolutegravir que é inibidor de integrase (INI) (NOTA INFORMATIVA Nº 03, 2018).

Dessa forma, alguns exemplos de ITRNN mais utilizados anteriormente aos últimos 5 anos eram abacavir/ lamivudina (ABC + 3TC), zidovudina/ lamivudina (AZT + 3TC) e efavirenz (EFV). Entre esses medicamentos, eram e são visualizados efeitos adversos diversos, como reações de hipersensibilidade pelo abacavir, anemia e neutropenia grave, miopatia, lipodistrofia e acidose láctica pela zidovudina; e uma série de efeitos pelo efavirenz, sendo considerado o mais incômodo pelos pacientes. Os efeitos visualizados pelo uso do efavirenz são: toxicidade persistente no SNC (tonturas, sonolência, insônias, sonhos vívidos) ou sintomas mentais (ansiedade, depressão, confusão mental); convulsões; hepatotoxicidade; reações de hipersensibilidade cutânea grave e ginecomastia. Além do exposto, darunavir e ritonavir que são os principais inibidores de protease podem causar anormalidades eletrocardiográficas, icterícia

clínica, nefro e colelitíase, hepatotoxicidade e reações de hipersensibilidade cutânea grave. (BRASIL, 2023)

Em comparação, o esquema atual de tenofovir/ lamivudina e dolutegravir pode também apresentar efeitos gastrointestinais e neurológicos com cefaleia e insônia, mas a maioria é percebida como transitória e não grave, como o evidenciado pelas drogas predominantes previamente. Em exceção aos casos de intensificação da doença renal devido a toxicidade do tenofovir, sendo indicado em pacientes já com doença renal a substituição por abacavir ou zidovudina. Além do uso cuidadoso em idosos e pacientes com diabetes. A toxicidade hepática relacionada ao dolutegravir não é frequente (BRASIL, 2023). Apesar da redução expressiva dos efeitos adversos, ainda há alguns visualizados, sobretudo no início do tratamento. Em relação aos sintomas apresentados pelos pacientes do CEDIN (9,7%), o gráfico 4 detalha o que foi encontrado no presente estudo.

Gráfico 4. Sintomas relacionados a intolerância medicamentosa apresentada pelos pacientes em uso de terapia antirretroviral



Em relação aos tipos de reações adversas apresentadas pelos pacientes, mais da metade dos casos, foram de manifestações gastrointestinais, sendo as principais

náuseas e vômitos; alteração no padrão evacuatório, com diarreia ou constipação; flatulência excessiva e hipo ou anorexia. Esses sintomas podem ser visualizados na terapêutica inicial com tenofovir/ lamivudina e dolutegravir, comumente com resolução espontânea ao decorrer do primeiro ano de tratamento. Contudo, há registro de permanência do desconforto gastrointestinal à longo prazo se uso de terapia de 2ª ou 3ª linha com darunavir e ritonavir (BRASIL, 2023). A grande proporção de efeitos gastrointestinais é visualizada na maioria dos estudos sobre pacientes com HIV em uso de TARV, como demonstrado por Badillo et al. ao avaliar pacientes internados com HIV em uso de antirretrovirais, entre os quais 58% apresentavam pelo menos um dos sintomas mencionados acima (BADILLO, 2019).

Em relação ao esquema antirretroviral preferencial no país, o dolutegravir raramente apresenta efeitos adversos graves, sendo os principais cefaleia e insônia, os quais compõem a categoria “neuropsiquiátricos” nesta pesquisa. Essa categoria também engloba alterações emocionais (ansiedade, depressão, confusão mental); tonturas e alterações no sono e vigília, com possíveis alucinações características do uso de efavirenz (BRASIL, 2023). É relevante ressaltar que das queixas neuropsiquiátricas de pacientes em uso de tenofovir/lamivudina com dolutegravir, a maioria era de cefaleia. É fulcral explicitar que os pacientes que apresentaram hipersensibilidade à terapêutica antirretroviral de 1ª linha tiveram o tratamento suspenso e substituído para outras associações medicamentosas.

Em vista do impacto mundial da infecção pelo vírus HIV até hoje, as pesquisas destinadas à ampliação e melhoria da TARV seguem em atividade. Exemplo disso é a introdução de Lenacapavir, comercialmente chamado de Sunlenca, aprovado em 2022 no Canadá como primeira medicação da classe inibidor de longa duração da função do capsídeo do HIV-1. O agente é recomendado em combinação com outros antirretrovirais para adultos com infecção por HIV-1 multirresistente, que apresentaram falha terapêutica por resistência, intolerância ou impossibilidade de uso por questões de segurança; implicando em risco expressivo de infecções oportunistas. Portanto, é notória a necessidade de manutenção da temática Hiv/Aids no meio científico acadêmico para engrandecimento da TARV, redução de novos casos e fornecimento de melhor qualidade de vida para os indivíduos já acometidos, que convivem com

considerável morbidade, sobretudo em casos de ausência de terapia antirretroviral satisfatória (CONITEC, 2023).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico de pessoas que vivem com HIV/AIDS é composto predominantemente por pacientes do sexo masculino, pardos, na faixa etária entre 20 e 39 anos e com ensino médio a superior completo. Em relação ao tipo de exposição, destaca-se a transmissão sexual, principalmente a homossexual. A ocupação mais registrada foi de assalariados.

Houve um predomínio de pacientes assintomáticos no momento da notificação. Dentre os sintomáticos, os sinais, sintomas e/ou infecções oportunistas, segundo critério de Rio de Janeiro/Caracas, mais notificados foram caquexia ou perda de peso maior que 10%, seguido de astenia por um período maior ou igual a um mês e febre igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um mês.

Observou-se que a maior parte dos pacientes apresentaram carga viral inicial entre 100.000 e 10.000 cópias/mL e, após início do tratamento, a maioria alcançou uma carga viral indetectável, atingindo a meta terapêutica.

Os tratamentos medicamentosos instituídos seguem as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Assim, a maioria dos pacientes da pesquisa estavam em uso da primeira linha de tratamento, composta pela associação entre tenofovir com lamivudina e dolutegravir (TDF/3TC + DTG). A TARV apresentou boa tolerabilidade entre os pacientes da pesquisa, dos quais menos de 10% apresentaram algum tipo de intolerância medicamentosa a algum dos medicamentos disponibilizados. Além disso, a maioria dos pacientes foram aderentes ao tratamento.

Apesar de reforços frequentes feitos por órgão da saúde sobre a importância da notificação dos casos de HIV/AIDS para o efetivo cumprimento dos objetivos da vigilância, prevenção e controle, o preenchimento inadequado da ficha de notificação e investigação ainda é muito prevalente. Tal fato tem implicações para a resposta ao HIV

e à AIDS, visto que permanecem desconhecidas informações epidemiológicas importantes, como número total de casos, padrões comportamentais e vulnerabilidades na população (BRASIL, 2023). Assim, a implementação de medidas de aprimoramento da vigilância e investigação epidemiológicas, bem como educação constante de profissionais de saúde sobre preenchimento da ficha permanece necessária, a fim de reduzir as informações ignoradas, possibilitando efetivo conhecimento da situação epidemiológica e da condição de saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

Diante dos achados deste estudo, pôde-se constatar que o HIV/AIDS ainda é uma doença muito prevalente e que pode acometer a população em geral. Acerca do perfil sociodemográfico, visualiza-se variação de alguns aspectos ao longo dos anos, sobretudo quanto a sexualidade e idade, todavia, atualmente, no Distrito Federal, o perfil de paciente protagonista no serviço especializado é muito semelhante ao encontrado nos primórdios da AIDS. Sendo assim, é fundamental a continuidade do estudo do perfil sociodemográfico de pessoas vivendo com HIV/AIDS, visto que doenças infecto contagiosas dependem dessa análise para o direcionamento de medidas coletivas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento visando à minimização do número de casos novos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Rosaline Bezerra et al. Idosos vivendo com HIV- comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva, v. 25, n. 2, 2020.

AMORIM, Thaynara Ferreira; DUARTE, Lucélia da Silva. Perfil epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago", v. 7, 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacovigilância. 2024. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia> >

ARAÚJO, Bruna Pedrosa de; CAVALLI, Luciana Osorio. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV no município de Cascavel, Paraná. Revista Thêma et Scientia, v. 12 n. 1E, 2022.

BADILLO, Carlos Andrés et al. Incidencia de los problemas relacionados con los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de la infección por HIV en pacientes hospitalizados en el Hospital Santa Clara de Bogotá. Biomédica, v. 39, n. 3, p. 561- 575, 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Relatório de monitoramento clínico do HIV. Brasília-DF. Setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST e AIDS. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Módulo 1: Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde. Set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids

e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2022. Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica / Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, 1998.

BERTONI, Rochele Farioli et al. Perfil Demográfico e Socioeconômico dos Portadores de Hiv/Aids do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 39, n. 4, 2010.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BRITO, Fabiana Pereira Guimarães. Perfil de infecções oportunistas em pacientes com HIV/AIDS em serviço de atendimento especializado do Município de Aracaju, SE, Brasil. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 10509 -10525, 2021.

CARVALHO, Cláudio Viveiros, et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.2, abril de 2003.

CARVALHO, Patrícia Paiva et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 7, p. 2543–2555, 2019.

CAVALIN, Roberta Figueiredo et al. Coinfecção TB-HIV: distribuição espacial e temporal na maior metrópole brasileira. Rev Saúde Pública, v. 54, p. 112, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. MMWR Morbidity and Mortality weekly report v. 30, n. 21, p. 250-252, 1981.

CHOU, Roger et al. Screening for HIV Infection in Asymptomatic, Nonpregnant Adolescents and Adults Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA, v. 321, n. 23, 2019.

CONITEC. Alerta do Monitoramento do Horizonte Tecnológico: Lenacapavir para o tratamento de HIV-1 multirresistente. Nº3. Abril 2023.

DOMINGUES, Cárita Lisboa et al. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS na capital do estado do Maranhão no período de 2014 a 2017. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 4, p. 23212-23223, 2022.

DUARTE, Larissa Costa. “A AIDS tem um rosto de mulher”: discursos sobre o corpo e a feminização da epidemia. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018

European AIDS Clinical Society Guidelines. Version 10.0, November 2019.

FERNANDES, Hugo et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. *Acta Paul Enferm*, n. 30, n. 4, 2017.

FERREIRA, Daniella Nogueira et al. Perfil clínico-epidemiológico de pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Médio Paraíba. *Revista Saber Digital*, v. 16, n.3, e20231601, 2023.

FERREIRA, Willian. Evolução das Metodologias Diagnósticas de HIV/AIDS: Uma Análise Histórica da Epidemia no Brasil. *Cadernos Acadêmicos*, n. 9, v. 1, 135–147, 2023

FILHO, Anacleto Braga Barroso et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com HIV/AIDS cadastrados no município de Juazeiro/BA. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde* v.4, n.2, p. 17-27, 2023.

FILHO, Frederico Hahnemann Walker De Medeiros Do Nascimento. ANÁLISE DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO HIV: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 05, 2021.

GADELHA, Angela Maria Jourdan. Casos notificados de AIDS no Município do Rio de Janeiro, 1983-1993: análise de sobrevivência. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, 1987.

GADELHA, Angela et al. Morbidity and survival in advanced AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Do Instituto De Medicina Tropical De São Paulo*, v. 44, n. 4, p. 179–186, 2002.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.

GUERREIRO, Maria F et al. Survival of adult AIDS patients in a reference hospital of a metropolitan area in Brazil. *Rev Saúde Pública* v. 36, n. 3, p. 278-284, 2001.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland et al. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? *Revista Brasileira De Epidemiologia*, v. 20, p. 182–190, 2017.

JORDÃO, Ana Janaina Jeanine Martins De Lemos et al. Infecções oportunistas em pacientes soropositivos para HIV assistidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro. *Revista Saúde & Ciência online*. v. 10, n. 3, 2021.

JÚNIOR, Adriano Menino de Macedo; GOMES, Josimar Torres. Estudo Epidemiológico da AIDS no Brasil – BR, no período de 2015-2019, a sua história e políticas públicas criadas até os dias atuais. *Temas em saúde*, v. 20, n. 4, p. 256-283, 2020.

JÚNIOR, Sebastião Silveira Nunes; CIOSAK, Suely Itsuko. Terapia antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte. *Rev enferm UFPE*, v. 12, n. 4, p. 1103-1111, 2018.

KRAL, Alejandro et al. Evolución virológica de pacientes con infección por VIH que inician terapia antirretroviral con carga viral basales muy alta. *Rev. chil. infectol.*, v. 38 n. 6, 2021.

KILSZTAIN, Samuel. Critérios de notificação e tendência temporal da epidemia de AIDS no Estado de São Paulo, 1980-98. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, v. 4, n. 2, p. 96–104, 2001.

LACERDA, Juliana Souza et al. Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o AZT até o coquetel disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, v. 1, n. 4, p. 83-91, 2019.

LIMA, Denise Girão Limaverde et al. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral. *Rev. Assoc. Med. Bras*, v. 58, n. 2, p. 222-228, 2012.

LIMA, Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de et al. Estimativas da incidência e mortalidade por Vírus da Imunodeficiência Humana e sua Relação com os Indicadores Sociais nos Estados do Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 21, n. 2, p. 139-144, 2017.

MARIA, Marcos Paulo Marzollo; CARVALHO, Maitê Peres de; FASSA, Anaclaudia Gastal. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, 2023.

MARINS, Jose Ricardo Pio; OLIVEIRA, Takako Nakako; VANUCCI, Anita Domingues. Mortalidade em Aids na pandemia de COVID-19. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 26, n. 1, 2022.

MENEZES, Elielza Guerreiro et al. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*, v. 31, n. 3, p. 299-304, 2018.

MESQUITA, Yasmin da Rosa; FRANZMANN, Uliasser Thomas; FONTENELE, Raquel Malta. TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, [S. l.]*, v. 2, n. 8, p. e28683, 2021.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A AIDS no Final do Século XX. In.: *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. História e saúde collection*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 81-112, 2005.

NASCIMENTO, Vitória Maria Oliveira do et al.. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids no município de Marabá/PA (2017-2021). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 25, n. 2, 2023.

NEMES, Maria Inês Batistella et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NETO, Lauro Ferreira da Silva Pinto et al. Protocolo brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 30, n. 1, 2021.

NETO, João Felício Rodrigues et al. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 22-29, 2010.

NICKEL, Katharina et al. Comparative efficacy, safety and durability of dolutegravir relative to common core agents in treatment-naïve patients infected with HIV-1: an update on a systematic review and network meta-analysis. *BMC Infect Dis.* v. 21, n. 1, 2021.

OKUNO MF, et al. Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 192-199, 2015.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes et al. HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. *Rev Bras Epidemiol*, v. 22, n. 1, 2019.

PATON, Nicholas et al. Efficacy and safety of dolutegravir or darunavir in combination with lamivudine plus either zidovudine or tenofovir for second-line treatment of HIV infection (NADIA): week 96 results from a prospective, multicentre, open-label, factorial, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet HIV*, v. 9, n. 6, 2022.

Prevention Access Campaign. Undetectable = untransmittable. Disponível em: <https://www.preventionaccess.org/undetectable>

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol. serv. saúde*, v. 16, n. 3, p. 195-205, 2007.

ROCHA, Marceli Diana Helfenstein Albeirice da. História social da AIDS no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos. *Revista Científica do ITPAC*, v. 9, n. 1, pub. 8, 2016.

SANABRIA, Guillermo Vega. Ciência, estigmatização e afro-pessimismo no debate sul-africano sobre a AIDS. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 22-51, jun. 2016.

SANTANA, Júlia Cardoso et al. Principais doenças oportunistas em indivíduos com HIV. *Humanidades & Tecnologia Revista Multidisciplinar Faculdade do Noroeste de Minas*, vol. 16, jan-dez 2019

SANTOS, Cairo José dos, et al. Aspectos fisiopatológicos que envolvem a infecção do vírus HIV em humanos: um estudo cienciométrico. *Dissertação (Pós-Graduação Enfermagem) - Universidade Católica de Goiás*, 2021.

SANTOS, Walquíria Jesusmara, et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte- MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.6. Dezembro de 2011.

SAVI, Marcelo; SOUZA, Tiago. Dinâmica da interação entre o sistema imunológico e o vírus HIV. *Revista Militar de ciência e tecnologia*. Rio de Janeiro, v. XVI, n. 3, pp. 15-26, 1999.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Notícia: Hospital Dia agora se chama Centro Especializado em Doenças Infecciosas. Dez 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/hospital-dia-agora-se-chamacentro-especializado-em-doencas-infecciosas>>. Acesso em: abril de 2023.

SEIDL, Eliane Maria Fleury. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, p. 421–429, 2005.

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*, v. 31, n. 6, p. 1188–1198, 2015.

SOUZA, Beatriz Vieira de. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no município de Araçatuba: Indicadores epidemiológicos sociodemográficos. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2022.

Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS/DF) e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Informativo Epidemiológico: Situação Epidemiológica do HIV e da Aids no Distrito Federal, 2017 a 2021. Dezembro de 2022.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no conceito da saúde. *Manual de enfermagem*, p. 225-228, 2001.

TRINDADE, Felipe Ferraz et al. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. *Journal Health NPEPS*, v. 4, n. 1, p. 153-165, 2019.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Relatório Global da UNAIDS. Fact Sheet. 2022.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Relatório Global. O caminho que põe fim à AIDS, 2023

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Sobre o UNAIDS. 2021

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. UNAIDS lança site “Deu Positivo, e Agora?” com informações essenciais para jovens recém-diagnosticados com HIV. Dez. 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/2018/12/unaids-lanca-site-deu-positivo-e-agora-com-informacoes-essenciais-para-jovens-recem-diagnosticados-com-hiv/?gclid=CjwKCAjwov6hBhBsEiwAvrvN6N9gLaEzHWfKR78bv_9FahVqJoQR1G4XLgxpvcHC_kpirkx8NJmbzrRoCOzgQAvD_BwE>. Acesso em: abril de 2023.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. UNAIDS: The First 10 Years. 2008. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2008/november/20081103tfty>>

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva: Unaid, 2014.

VIEIRA, Gustavo Neves et al. O HIV/AIDS entre os jovens no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Health and Biosciences*, v.2, n.1, abr 2021.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 1, 2016.