



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

SILMARA PEREIRA DE LIMA

**ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV
EM ABANDONO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E QUE EVOLUÍRAM PARA
O ÓBITO**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

SILMARA PEREIRA DE LIMA

**ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV
EM ABANDONO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E QUE EVOLUÍRAM PARA
O ÓBITO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França.

CAMPINA GRANDE-PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732a Lima, Silmara Pereira de.
Análise sociodemográfica e clínica de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral e que evoluíram para o óbito [manuscrito] : / Silmara Pereira de Lima. - 2018.
58 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Vírus da Imunodeficiência Humana. 2. Serviço ambulatorial. 3. Terapia antirretroviral .

21. ed. CDD 616.979 2

SILMARA PEREIRA DE LIMA

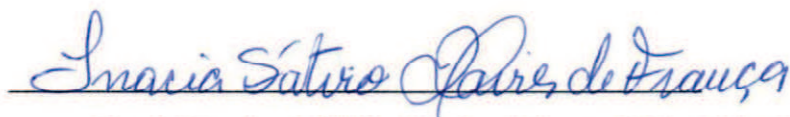
**Análise sociodemográfica e clínica de pessoas vivendo com hiv em abandono da
terapia antirretroviral e que evoluíram para o óbito**

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

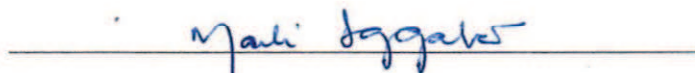
Banca Examinadora

Aprovada em: 28 / 03 / 2018.



Profª. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Profª. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. PhD. Alexsandro Silva Coura

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque Ele me abençoa e fortalece. Ele me faz entender o propósito da vida. Através Dele entendo que todas as coisas são por Ele e para Ele. “O que eu faço, tu não o sabes agora; mas depois o entenderás.” (João 13:7). “O teu amor é melhor do que a vida! Por isso os meus lábios de exaltarão” (Salmos 63:3).

Agradeço aos meus pais, **José Mariano** e **Lucienne Pereira**, a minha irmã **Sheila Lima**, todos os meus amigos, em especial a **Paula, Michael, Ellen e Thais**. Agradeço a minha orientadora, **Profª Drª Inacia Sátiro**, a todos que fizeram parte do **quadro docente**, aos professores que compuseram a banca de defesa: **prof. PhD. Alessandro Coura** e **profª Drª Marli Galvão**, ao grupo **Gespasc**, em especial a **Jamilly e Aldenice**, as **instituições** que permitiram o trabalho e aos **participantes do estudo**.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O HIV e Aids representam um desafio para a saúde pública, visto que no mundo, o HIV já atingiu mais de 70 milhões de pessoas e mais de 25 milhões de pessoas mortas pela Aids. A terapia antirretroviral é fundamental para a supressão viral e menor transmissibilidade do HIV. Entretanto o abandono ao tratamento configura-se como um fator para predisposição a infecções oportunistas e óbito por Aids. Nesta perspectiva, objetivou-se analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada. Estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, realizado de outubro de 2017 a março de 2018, por meio de prontuários do Serviço de Assistência Especializada em Campina Grande/PB. A amostra foi de 170 prontuários de abandonos e 26 prontuários de óbitos. Realizaram-se os testes de: Qui-quadrado e Fisher, sendo associada às variáveis com o valor de $p < 0,05$ com nível de significância de 95%. Verificou-se associação entre sexo masculino com $CD4+ \geq 200$ células/mm³, com idade < 38 ($p=0,028$); idade < 38 e > 10.000 cópias/ml carga viral no início da terapia antirretroviral ($p=0,014$); idade ≥ 38 e < 50 cópias/ml carga viral na última consulta ($p=0,005$), escolaridade > 9 anos e ≤ 10.000 cópias/ml carga viral no início da terapia antirretroviral ($p=0,044$); bem como escolaridade > 9 anos e < 50 cópias/ml carga viral na última consulta ($p=0,004$); sexo masculino e tempo de diagnóstico do HIV ≤ 6 anos ($p=0,004$), sexo masculino e tempo da terapia antirretroviral ≤ 48 meses ($p=0,011$), idade < 38 e tempo da terapia antirretroviral ≤ 48 meses ($p=0,003$). Concluiu-se que a importância desse estudo fundamentado na análise das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a TARV e pacientes que evoluíram para o óbito em um SAE possibilita identificar relevância nos achados, de modo que se faz necessário uma intensificação de avaliação das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a TARV, com um olhar direcionado a continuidade do tratamento para que haja melhora no quadro clínico.

Descritores: Vírus da Imunodeficiência Humana; Óbito; Recusa do paciente ao tratamento; Serviço ambulatorial.

ABSTRACT

The HIV and Aids represents a challenge to the public health, as it reached in the world more than 70 million people and of this amount, 25 million people were killed by its consequences. The antiretroviral therapy is essential to the viral suppression and low transmissibility of HIV. However, the abandonment of the treatment is a factor for predisposition to opportunistic infections and death due to AIDS. In this perspective, it was aimed to analyze the sociodemographic and clinical characteristics of people that live with HIV, abandoned the antiretroviral therapy and evolved to the death in a specialized assistance service. Documentary and analytic study with a quantitative approach, conducted from October of 2017 to March of 2018, through the use of medical records from a specialized assistance service in Campina Grande/PB. The sample was of 170 medical records about abandonments and 26 medical records about death. Two tests were performed: Qui-square and Fisher, being associated with the variables with a value of $p < 0.05$ with a level of significance of 95%. It was possible to verify association among male sex with $CD4 + \geq 200$ cells / mm^3 , aged < 38 ($p = 0.028$); age < 38 and $> 10,000$ copies / ml viral load at the start of antiretroviral therapy ($p = 0.014$); age ≥ 38 and < 50 copies / ml viral load at the last visit ($p = 0.005$), schooling > 9 years and $\leq 10,000$ copies / ml viral load at the start of antiretroviral therapy ($p = 0.044$); as well as schooling > 9 years and < 50 copies / ml viral load at the last visit ($p = 0.004$); ($p = 0.004$), male sex and time of antiretroviral therapy ≤ 48 months ($p = 0.011$), age < 38 and time of antiretroviral therapy ≤ 48 months ($p = 0.003$). It is concluded that the importance of this study based on the sociodemographic and clinical characteristics of PVHIV that abandoned the TARV and patients who died in a SAE enables to identify the relevance in the findings, making necessary an intensification of evaluation with a view of the evidenced characteristics of PVHIV that left the TARV, with a view aimed to the continuity of the treatment in order to improve the clinical situation.

Keywords: Human Immunodeficiency virus; Death; Patient refusal to treatment; Outpatient service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Recomendações para início de TARV em PVHA	17
Quadro 2- Variáveis do instrumento utilizadas na coleta dos dados secundários. Campina Grande/PB, Brasil, 2017	22
Quadro 3- Distribuição das características sociodemográficas das PVHA, Campina Grande/PB, Brasil, 2017	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estrutura do vírus HIV-1	14
Figura 2- Ciclo de replicação do vírus HIV-1	15
Figura 3- Mandala de Prevenção Combinada	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de adultos com HIV/aids, óbito e abandono da terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande/PB.....	30
Tabela 2 - Associação das características sociodemográficas e clínica de adultos com HIV/aids que abandonaram a terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.....	31
Tabela 3 - Associação entre características sociodemográficas e clínicas (carga viral no início da TARV e carga viral na última consulta) de adultos com HIV/aids que abandonaram terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.....	32
Tabela 4 - Associação entre características sociodemográficas e clínicas (tempo de diagnóstico do HIV e tempo da TARV) de adultos com HIV/aids que abandonaram terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.....	34
Tabela 5 - Associação entre CD4+ e carga viral de adultos com HIV/aids que abandonaram terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.....	35

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida

cDna- Ácido desoxirribonucleico complementar

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CLIA- Ensaio imunológico quimioluminescente

CMIA- Ensaio imunológico quimioluminescente magnético

DRV- Daruvanir

DTG- Dolutegravir

EFZ- Efavirenz

ELFA- Ensaio imunológico com revelação fluorescente

ELISA- Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

EQL- Ensaio imunológico com revelação eletroquimioluminescente

HIV- Vírus da imunodeficiência

HUAC- Hospital Universitário Alcides Carneiro

IB- imunoblot

IBR- imunoblot rápido

IST- Infecção sexualmente transmissível

MEIA- Ensaio imunoenzimático de micropartículas

OMS- Organização Mundial de Saúde

PVHA- Pessoas vivendo com HIV/Aids

PVHIV- Pessoas vivendo com HIV

RAL- Raltegravir

RNA- Ácido ribonucleico

SAE- Serviço de assistência especializada

SRA- Síndrome Retroviral Aguda

TARV- Terapia antirretroviral

TC- Lamivudina

TDF- Tenofovir

WB- western blot

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Especificidades e transmissibilidade do HIV	14
2.2 Diagnóstico laboratorial e tratamento antirretroviral	15
2.3 Abandono de TARV e óbito de pessoas com HIV/Aids	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 MATERIAL E MÉTODO	21
4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL	21
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	21
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	22
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	23
5 RESULTADOS	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

O HIV se caracteriza por um conjunto de manifestações e denomina-se Síndrome Retroviral Aguda (SRA). A SRA tem sinais e sintomas semelhantes a outras doenças virais, como: febre, cefaleia e mialgia, essa semelhança dificulta o diagnóstico de infecção pelo HIV, e os sinais e sintomas da SRA desaparece por volta de 21 a 30 dias, esse desaparecimento de sintomas pode levar ao não tratamento do indivíduo que irá ter um tempo estimado entre contágio e aparecimento da doença num período de dez anos (BRASIL, 2015).

No HIV a resposta imune é tardia e insuficiente para eliminar a infecção, há a produção de linfócitos T CD4+ que serão alvos da infecção, ao mesmo tempo, numa tentativa de controlar a infecção, o corpo tem uma crescente produção de linfócitos T CD8+, porém essa tentativa torna-se frustrada na ausência de terapia, os linfócitos T CD4+ são atacados e ocorrerá um eventual avanço para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (BRASIL, 2016).

A contagem dos linfócitos T CD4+ podem alterar de acordo com a situação clínica do indivíduo, geralmente em infecções bacterianas há a permanência de 350 células/mm³, com a progressão dessas infecções o linfócito T CD4+ situa-se entre 200 a 300 células/mm³, em casos de neoplasias mais comuns na Aids, o número de células ficará abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2015).

O HIV atingiu mais de 70 milhões de pessoas no mundo desde o início da epidemia, com cerca de 35 milhões de mortes por este vírus. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima de forma global a existência de 36,7 milhões de pessoas que vivem com HIV, com o total de 2,1 milhões de recém-infectados por HIV e 1,1 milhões de pessoas mortas pela Aids em 2015, representando um dos desafios mundiais da saúde pública (WHO, 2016).

No Brasil, do ano de 2007 a 2017, 194.217 casos de HIV foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A região Nordeste ocupa a 3ª posição com 30.297 casos notificados (15,6%), sendo a região Sudeste com 96.439 casos (49,6%) e a região Sul com 40.275 casos (20,7%) as regiões com mais notificações de infecção pelo HIV no país. Em 2016 foram registrados 12.366 óbitos por Aids no Brasil, 42,4% no Sudeste e 21,2% no Nordeste (BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2007 e 2016, a Paraíba apresentou 1116 casos notificados de HIV, com 6.864 casos notificados de Aids nos anos de 2000 a junho de 2017. De 1980 a 2015 o número de óbitos por Aids no estado da Paraíba foram de 8.102 casos notificados. Os dados

demonstram a importância da notificação dos casos de HIV para aplicação de estratégias públicas que venham minimizar os danos quando não há o diagnóstico precoce do HIV (BRASIL, 2016).

A estratégia de informação do HIV desempenha três papéis para otimizar os programas, de acordo com a OMS esses papéis são: é necessário compreender a epidemia e a extensão das mudanças após as intervenções; é necessário acompanhar e avaliar os serviços de saúde relacionados ao HIV e informar sobre a melhoria dos programas para garantir uma qualidade e retorno, identificando falhas e oportunidades (UNAIDS, 2017).

Para diminuir a epidemia é necessário que todos tenham acesso a terapia de antirretrovirais (TARV), entende-se que o tratamento em conjunto com ações preventivas do HIV são ferramentas críticas para acabar a epidemia da Aids. Assim, construiu-se uma meta até 2020, 90-90-90, 90% de todas as pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) saberão do diagnóstico, 90% diagnosticadas com HIV receberão a TARV de forma ininterrupta e 90% das pessoas em TARV terão supressão viral (UNAIDS, 2017).

A TARV aumenta a sobrevivência e qualidade de vida das PVHIV, anterior a este tratamento, necessita-se ter a confirmação do diagnóstico de HIV, há serviços de testes rápidos e confirmação laboratorial. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) são responsáveis pela assistência, prevenção e tratamento de pessoas com HIV/Aids (PVHA) (BRASIL, 2015; WHO, 2016; BRASIL, 2017).

Os SAE tem o objetivo de integralizar o atendimento de equipe multiprofissional, promovendo qualidade aos usuários. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros. O SAE oferece apoio emocional além de esclarecer sobre as políticas de HIV/Aids e atua nas vulnerabilidades dos indivíduos através do atendimento, disponibilizando serviços de promoção, prevenção e tratamento de PVHIV, assim o SAE é um serviço que interfere diretamente no processo saúde-doença de PVHIV (BRASIL, 2017; PEDROSA et al, 2015).

Portanto, é imprescindível conhecer as características de PVHIV do SAE, visto que esses serviços interferem no processo-saúde do indivíduo, realizando empoderamento para promover a sociabilidade e conhecimento sobre as políticas sobre HIV/Aids (LIMA et al, 2011). Desse modo essa análise será fundamental para ampliar os conhecimentos e práticas de gestão relacionadas ao SAE para que estes serviços deem continuidade nos seus objetivos de operacionalização nas condutas às PVHA (ABRÃO et al, 2014).

O estudo contribuirá para o conhecimento das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a terapia antirretroviral em um SAE de Campina

Grande-PB/Brasil, com a perspectiva de colaborar no planejamento de ações para o controle do HIV/Aids, oferecendo informações que poderão contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para PVHIV e dar subsídios aos profissionais de saúde para que executem ações específicas com base fatores de associação da população.

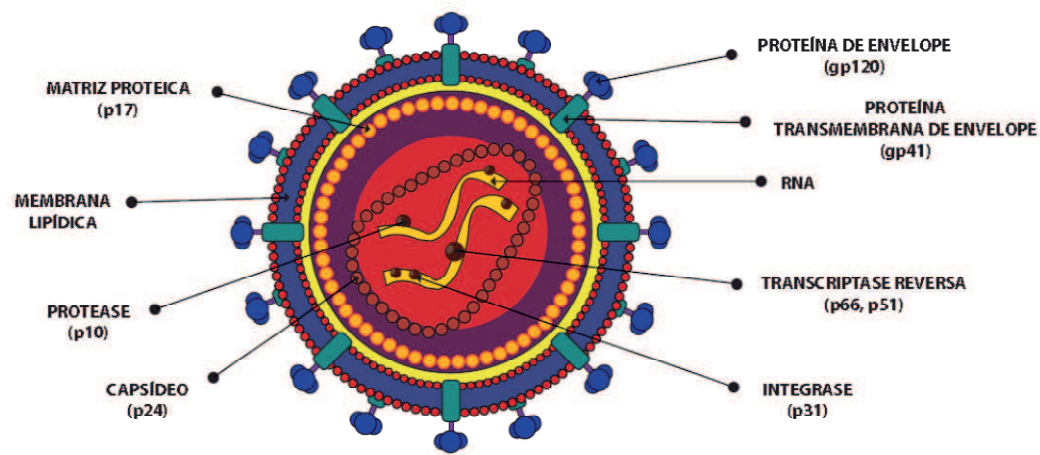
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Especificidades e transmissibilidade do HIV

O HIV pertence à família dos *Retroviridae*. O HIV subverte o sistema imune através da replicação celular prejudicando o funcionamento natural do sistema imunológico, assim proporciona uma maior susceptibilidade às infecções oportunistas no indivíduo com HIV (ENGELMAN; CHEREPANOV, 2012).

O vírus apresenta o envelope contendo lipídeos e proteínas, as proteínas encontradas no envelope viral (gp160, gp120 e gp41), proteínas codificadas pelo gene pol (p66, p51 e p31) e proteínas codificadas pelo gene gag (p55, p24 e p17) possuem utilidade diagnóstica para o HIV. A figura 1 mostra as principais proteínas na estrutura do vírus HIV-1 (BRASIL, 2016).

Figura 1- Estrutura do HIV-1



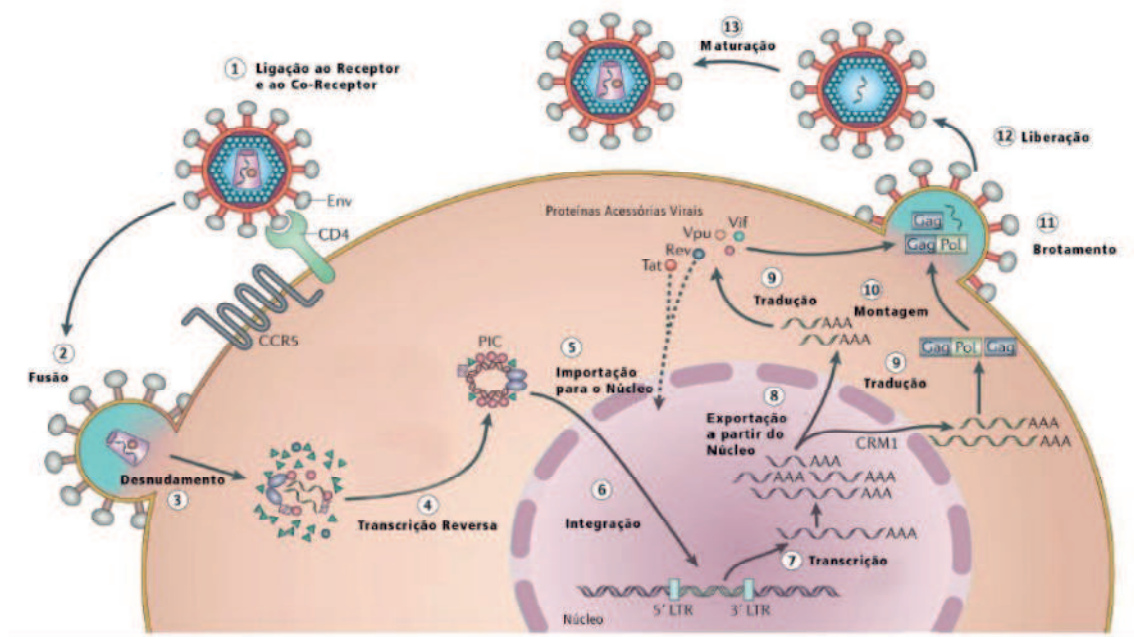
Fonte: Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasil, 2016.

Por ser um retrovírus, constitui-se de ácido ribonucleico (RNA) e possui a enzima transcriptase reversa que tem a capacidade de transformar RNA em ácido desoxirribonucleico complementar (cDNA) que por sua vez através da enzima integrase é inserido ao DNA do ser humano para iniciar o ciclo viral (Figura 2) (BRASIL, 2014).

A infecção pelo HIV inicia quando a partícula viral do HIV (gp120) adere aos receptores CD4 e interage com os correceptores CCR5 e CXCR4, subsequente a gp41 facilita o processo de fusão do envelope viral com a membrana celular, em seguida ocorre o desnudamento (exposição do genoma) para a ação da transcriptase reversa associada a um complexo nucleoproteico (PIC) (FERREIRA; RIFFEL; SANT'ANA, 2010; BRASIL 2014).

Haverá a importação dessa dupla fita de DNA do PIC para o núcleo, então somente após a integração, ocorrerá a transcrição. Após a transcrição, haverá a tradução, as poliproteínas Gag e Gal-Pol colaboram na montagem do vírion, esse complexo irá brotar ser liberado e passar por maturação, assim ocorrerá clivagem feita protease do HIV que permite a formação de vírus infecciosos (FERREIRA; RIFFEL; SANT'ANA, 2010; BRASIL 2014; MURI, 2014).

Figura 2- Ciclo de replicação do HIV-1



Fonte: Adaptado de Engelman & Cherepanov, 2012.

A transmissão do HIV-1 ocorre em sua maioria através da relação sexual, por meio de transmissão vertical, transfusão sanguínea ou acidentes com perfurocortantes. Assim após a transmissão do vírus, a resposta imune inata faz com que haja uma quantidade adicional de células T no local, consequentemente aumentando a replicação viral, num período aproximado de dez dias ocorre à fase de eclipse antes que o RNA viral seja detectado no plasma (BRASIL, 2016; PEREIRA et al, 2014).

2.2 Diagnóstico laboratorial e tratamento antirretroviral

A portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013 regulamenta a aprovação do Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças, considerando para o

diagnóstico do HIV a necessidade de avaliação do histórico do indivíduo associado a fatores de risco à infecção em conjunto com o resultado laboratorial. Sabe-se que nenhum teste possui 100% de sensibilidade e especificidade, porém há vários fluxogramas que permitem o diagnóstico correto do HIV (BRASIL, 2013).

O diagnóstico laboratorial começou a ser realizado no Brasil em 1986, com exames de primeira geração, posteriormente a segunda geração permitiu uma maior sensibilidade e especificidade ao introduzir antígenos recombinantes e peptídeos sintéticos no exame. Em 1994 surgiu os testes de 3ª geração, imunométrico ou ELISA “sanduíche” (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), os ensaios ELISA são os mais conhecidos no Brasil, permite a detecção de anticorpos anti-HIV IgM e IgG, diminuindo a janela de soroconversão para 22 a 25 dias (BRASIL 2014).

Os ensaios de 4ª geração, ou ensaios combinados, detectam de modo simultâneo o antígeno p24 e o anticorpo anti-HIV, apresentando uma janela diagnóstica de aproximadamente 15 dias, a janela imunológica pode varia de indivíduo para indivíduo. Existem outros ensaios para diagnóstico do HIV: Ensaio imunoenzimático de micropartículas (MEIA), Ensaio imunológico com revelação eletroquimioluminescente (EQL), Ensaio imunológico com revelação fluorescente (ELFA), Ensaio imunológico quimioluminescente (CLIA) e Ensaio imunológico quimioluminescente magnético (CMIA) (BRASIL 2016; SCHUSTER; LISE; HOERLLE, 2013; BRASIL 2014).

Consideram-se ainda os testes rápidos: dispositivos (tiras) imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de duplo percurso, dispositivos de imunoconcentração e fase sólida. Usados frequentemente em Unidades Básicas de Saúde; Centro de Testagem e Aconselhamento; Populações vulneráveis, entre outros. Os testes rápido permitem uma ampliação da possibilidade de acesso ao diagnóstico do HIV para a população. (BRASIL, 2016; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

No Brasil uma porcentagem >95% de indivíduos são diagnosticados na fase crônica do HIV, por meio de testes de triagem de 3ª ou 4ª geração, seguido de teste complementar (western blot- WB, imunoblot- IB ou imunoblot rápido- IBR) (BRASIL, 2016).

A solicitação da sorologia anti-HIV no início da infecção possibilita o tratamento precoce, proporcionando melhorias no percurso da infecção, a exemplo da diminuição da carga viral com baixa probabilidade de transmissão do HIV. Ressalta-se a questão ética da confidencialidade sobre as informações das PVHA, garantindo a autonomia, exceto em caso de exposição coletiva, então o sigilo não poderá ser completo, uma vez que fere o direito de segurança à saúde coletiva em relação do benefício à vida (ALENCAR; CIOSAK, 2014;

RODRIGUES et al, 2015).

A TARV tem como objetivo diminuir a carga viral e consequente morbidade e mortalidade, gerando uma melhora na qualidade de vida das PVHA. A TARV deve iniciar quando a pessoa recebe o diagnóstico, independente da contagem de CD4+ (Quadro 1), no intuito de reduzir a transmissibilidade do HIV, bem como nos sintomáticos deve-se iniciar o TARV (BRASIL, 2015).

Nas pessoas com diagnóstico para HIV, porém assintomáticas deve-se iniciar a TARV quando o CD4 estiver menor ou igual a 500 células/mm³, caso não tenha possibilidade de obter a contagem de CD4, também se deve iniciar a TARV (BRASIL, 2015).

Quadro 1- Recomendações para início de TARV em PVHA

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm ³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm ³	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> • neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia • doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) • coinfeção HIV-HCV • carga viral do HIV acima de 100 000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasil, 2015.

Em 2017 houve uma retificação por Nota Informativa nº 007/2017 dos esquemas antirretrovirais para PVHA ampliou o uso de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV). O esquema inicial de TARV de doses combinadas é: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG). Em casos de coinfeção tuberculose-HIV o DTG será substituído por Efavirenz (EFZ) ou Raltegravir (RAL) (BRASIL, 2017).

Nas primeiras semanas do tratamento antirretroviral podem ocorrer efeitos adversos como: náuseas, cefaleia, anorexia e alterações do paladar, esses efeitos influenciam na baixa adesão do tratamento, ocorrendo falha terapêutica, outros fatores estão associados à falha terapêutica, como: baixa adesão ao tratamento, potência virológica insuficiente, fatores farmacológicos e resistência viral (SCHILKOWSKY; PORTELA; SÁ, 2011; BRASIL, 2015).

A PVHA, sem nenhuma infecção sexualmente transmissível (IST), quando faz uso adequado de TARV reduz significativamente a transmissão sexual do HIV, entretanto nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções. Assim, com a prevenção combinada de uso adequado de TARV com preservativo nas relações sexuais, pode-se diminuir a incidência de IST, transmissões: em função de um risco residual e por pessoas que possuem uma percepção errônea sobre sua supressão viral (BRASIL, 2017).

2.3 Abandono de TARV e óbito de pessoas com HIV/Aids

Apesar do uso adequado de TARV indicar diminuição na mortalidade, nos três primeiros meses de tratamento, os níveis de mortalidade são maiores, principalmente se a doença estiver avançada, isso pode ocorrer devido reação às drogas ou mesmo a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune ocasionada por doenças oportunistas (BRASIL, 2015).

Muitas PVHA abandonam o tratamento por causa de fatores psicossociais, dificuldades de acesso e efeitos adversos (náuseas, anorexia, cefaleia, etc), assim configurando-se falha terapêutica por baixa adesão. Caso não haja uma supressão viral com melhora do quadro clínico, a PVHA estará mais vulnerável a doenças oportunistas e poderá ir a óbito (BRASIL, 2015; BRASIL 2017).

Geralmente a declaração de óbito das PVHA é descrita por causas múltiplas de óbito (é uma estratégia de vigilância do HIV/Aids), sendo as mais frequentes causas as septicemias, e doenças do sistema respiratório, como pneumonia e infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (SANTOS et al, 2015; FERREIRA et al, 2017).

Para evitar o abandono a TARV e diminuir o número de óbitos, faz-se necessário à prática da prevenção combinada, como mostra a Figura 3. A mandala indica movimento dos possíveis métodos de prevenção, enquanto que os marcos e intervenções são bússolas para dar base ao auxílio às PVHA. Desse modo é possível adaptar estratégias para intervir nos contextos da realidade de cada indivíduo, com ações voltadas aos riscos e vulnerabilidades das PVHA (BRASIL, 2017).

Figura 3- Mandala de Prevenção Combinada



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasil, 2017.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sociodemográficas e clínicas pessoas vivendo com HIV, em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada (SAE);

Identificar associação entre as características sociodemográficas com as características clínicas de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada (SAE);

Identificar associação entre o CD4⁺ e carga viral com o tempo de diagnóstico do HIV e o tempo de uso da terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada (SAE).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL

Trata-se de um estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, realizado de outubro de 2017 a março de 2018, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Campina Grande/PB, Brasil.

O município de Campina Grande tem uma população de 407.754 habitantes, com densidade demográfica em 2010 de 648,31 hab/km², conhecida como Rainha da Borborema, está situada entre o alto sertão e a zona litorânea. Na cidade, o SAE está localizado na Rua Siqueira Campos, Prata, Campina Grande/PB (IBGE, 2016).

O SAE na cidade de Campina Grande/PB foi fundado em 2003, é um serviço vinculado a Secretaria Municipal de Saúde. O atendimento as PVHIV são realizados por meio de equipe multiprofissional, com finalidade de prestar um atendimento integral, possui acompanhamento com psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros profissionais.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atualmente existem 952 prontuários ativos de PVHIV cadastrados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Campina Grande/PB.

O censo abrange toda a população, com todos os elementos ou com uma determinada característica baseada em cada elemento (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1965; CARVALHO; CAMPOS, 2016).

A população do estudo correspondeu aos prontuários de PVHIV cadastrados no SAE que abandonam a TARV e prontuários de pacientes que evoluíram para o óbito, ambos nos anos de 2016 e 2017, correspondendo a 235 prontuários, sendo 205 prontuários de PVHIV em abandono e 30 pacientes que evoluíram para o óbito.

Após atender aos critérios de inclusão e exclusão, a amostra correspondeu a todos os prontuários dos anos de 2016 e 2017, de pacientes em abandono, 170 prontuários e que evoluíram para o óbito, 26 prontuários.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os prontuários dos pacientes foram selecionados após atenderem os critérios de inclusão: ter o diagnóstico de HIV ou causa do óbito por HIV, com faixa etária de 18 a 59 anos de idade; que foram atendidas no SAE em Campina Grande/PB, Brasil, nos anos de 2016 e 2017. Foram excluídos: gestantes e pacientes privados de liberdade.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados teve início com a identificação dos casos de abandono; nos prontuários de pacientes que não retiraram os medicamentos antirretrovirais na farmácia de dispensação de medicamentos do SAE, a pelo menos 3 meses, e/ou não retornaram às consultas em seis meses. (BRASIL, 2009); e a identificação dos casos de óbito por HIV, dos anos de 2016 e 2017.

Após a identificação, as informações dos prontuários foram colhidas por um formulário estruturado desenvolvido para o estudo com base no Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde, (APÊNDICE B), entre os meses de outubro de 2017 a abril de 2018.

O formulário contém variáveis relacionadas às condições sociodemográficas e dados clínicos, conforme demonstra o quadro 2.

Quadro 2- Variáveis do instrumento utilizadas na coleta dos dados secundários. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Parte do instrumento	Variáveis
Parte 1: Aspectos sociodemográficos	Sexo: masculino; feminino.
	Idade: 18 a 59 anos.
	Situação conjugal: solteiro; casado; união estável/ viúvo; divorciado.
	Escolaridade: sem escolaridade; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior; pós-graduação.
	Cor/Etnia: branca; preta; amarela; parda; indígena.
Parte 2: Provável modo de transmissão	Transmissão vertical: sim; não.
	Sanguínea: sim; não.
	Sexual: relação sexual com o sexo oposto; relação sexual com o mesmo sexo; relação sexual com ambos os sexos.

Parte 3: Dados clínicos	CD4+ :	<200 células/mm ³ ; 200-499 células/mm ³ ; >500 células/mm ³ .
	Carga viral no início da TARV	<50 Cópias/ml ou indetectável; 50-10.000 Cópias/ml; >10.000 Cópias/ml.
	Carga viral na última consulta	<50 Cópias/ml ou indetectável; 50-10.000 Cópias/ml; >10.000 Cópias/ml.
	Tempo de diagnóstico do HIV (anos)	≤1; 1-5; >5.
	Tempo da TARV (meses)	≤6; 6-48; >48.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos no banco de dados, analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e apresentados por meio de tabelas. Para análise as variáveis foram dicotomizadas conforme apresenta o quadro 3:

Quadro 3 - Distribuição das características sociodemográficas das PVHIV, Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Partes do instrumento	Variáveis dicotomizadas
Aspectos sociodemográficos	
Sexo	Masculino (0); Feminino (1).
Idade (anos)	<38 (0); ≥38 (1)*
Escolaridade (anos)	≤9 (0); >9 (1)*
Situação conjugal	Solteiro/viúvo/separado (0); Casado/união estável (1)
Cor/Etnia	Não branca (0); Branca (1)
Dados clínicos	
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)	≤6 (0); >6 (1)**
Tempo de uso da TARV (meses)	≤48 (0); >48 (1)***
Carga viral no início da TARV	≤10.000 cópias/ml ou indetectável; >10.000 cópias/ml

Carga viral na última consulta	≤50 cópias/ml ou indetectável; >50 cópias/ml
CD4 ⁺	<200 células/mm ³ ; ≥200 células/mm ³

*Valor da média; **Tempo de diagnóstico em anos: mediana 6 (1-22); **Tempo da terapia antirretroviral em meses: mediana 48 (2-240).

Os dados foram analisados com utilização de estatística descritiva, sendo calculadas frequências: absoluta e relativa. Para verificar as associações, por meio da estatística analítica, foi utilizado o teste Qui-quadrado (X^2) e o Teste de Fisher para atender ao requisito de alguma casela menor que cinco, sendo associada às variáveis com o valor de $p < 0,05$, considerando o nível de significância de 95%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), com CAAE 74634117.3.0000.5187 (ANEXO). Por se tratar de dados secundários, a pesquisa dispôs de riscos mínimos, não implicando em nenhuma intervenção nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos inclusos no estudo.

Utilizou-se um Termo de Confidencialidade (Apêndice A), sendo incluso uma Declaração de autorização (Apêndice C) para utilização dos dados secundários com preservação do anonimato.

5 RESULTADOS

O resultado deste trabalho consiste na produção de um artigo. Sendo um estudo observacional, analítico, documental com abordagem quantitativa, que buscou analisar as características sociodemográficas e clínicas de adultos com HIV em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada.

O estudo acrescenta conhecimento para a grande área Saúde Pública. Diante disso, será submetido ao Cadernos de Saúde Pública com Qualis A2 para Saúde Coletiva.

5.1 ARTIGO

ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV EM ABANDONO DA TERAPIA ANTIRETROVIRAL E QUE EVOLUÍRAM PARA O ÓBITO

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL ANALYSIS OF PEOPLE THAT LIVE WITH HIV AND ABANDONED THE ANTIRETROVIRAL THERAPY AND EVOLVED TO THE DEATH

Silmara Pereira de Lima; Inacia Sátiro Xavier de França

RESUMO

Objetivo: analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada. **Método:** estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, realizado de outubro de 2017 a março de 2018, por meio de prontuários do Serviço de Assistência Especializada. A amostra foi de 170 prontuários de abandonos e 26 prontuários de óbitos. Realizaram-se os testes de: Qui-quadrado e Fisher, sendo associada às variáveis com o valor de $p < 0,05$ com nível de significância de 95%. **Resultados:** verificou-se associação entre sexo masculino com $CD4^+ \geq 200$ células/mm³, com idade < 38 ($p = 0,028$); idade < 38 e > 10.000 cópias/ml carga viral no início da terapia antirretroviral ($p = 0,014$); idade ≥ 38 e < 50 cópias/ml carga viral na última consulta ($p = 0,005$), escolaridade > 9 anos e ≤ 10.000 cópias/ml carga viral no início da terapia antirretroviral ($p = 0,044$); bem como escolaridade > 9 anos e < 50 cópias/ml carga viral na última consulta ($p = 0,004$); sexo masculino e tempo de diagnóstico do HIV ≤ 6 anos ($p = 0,004$), sexo masculino e tempo da terapia antirretroviral ≤ 48

meses ($p=0,011$), idade <38 e tempo da terapia antirretroviral ≤ 48 meses ($p=0,003$).

Conclusão: Essa análise possibilita identificar associações relevantes, assim, percebe-se a necessidade de uma busca ativa para retorno do tratamento antirretroviral de forma efetiva, sem descontinuidade, com a finalidade de melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV de modo a evitar-se o óbito ou abandono de terapia antirretroviral.

Descritores: Vírus da Imunodeficiência Humana; Óbito; Recusa do paciente ao tratamento; Serviço ambulatorial.

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic and clinical characteristics of people that live with HIV and abandoned the antiretroviral therapy and evolved to the death in a specialized assistance service. **Method:** documentary and analytic study with a quantitative approach, conducted from October of 2017 to March of 2018, through the use of medical records from a specialized assistance service. The sample was of 170 medical records about abandonments and 26 medical records about death. Two tests were performed: Qui-square and Fisher, being associated with the variables with a value of $p < 0.05$ with a level of significance of 95%. **Results:** it was possible to verify association among male sex with $CD4 + \geq 200$ cells / mm^3 , aged <38 ($p = 0.028$); age <38 and $> 10,000$ copies / ml viral load at the start of antiretroviral therapy ($p = 0.014$); age ≥ 38 and <50 copies / ml viral load at the last visit ($p = 0.005$), schooling > 9 years and $\leq 10,000$ copies / ml viral load at the start of antiretroviral therapy ($p = 0.044$); as well as schooling > 9 years and <50 copies / ml viral load at the last visit ($p = 0.004$); ($p = 0.004$), male sex and time of antiretroviral therapy ≤ 48 months ($p = 0.011$), age <38 and time of antiretroviral therapy ≤ 48 months ($p = 0.003$). **Conclusion:** This analysis provides the possibility to identify relevant associations, thus, it is perceptible the necessity of an active and effective search to return to the antiretroviral treatment, without discontinuity, with the objective of improving the quality of life of people that live with HIV, in order to avoid the death or the abandonment of antiretroviral therapy.

Keywords: Human Immunodeficiency virus; Death; Patient refusal to treatment; Outpatient service.

INTRODUÇÃO

Com o aumento dos agravos por doenças crônico-degenerativas e sobrevida maior para doenças infecciosas, houve diminuição da mortalidade e transição no panorama de morbidade, fazendo com que as ações de saúde estivessem mais voltadas para as doenças mais prevalentes (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015).

Desde o início da epidemia de Aids representa um desafio para a saúde pública. Apesar dos avanços no tratamento e prevenção do HIV/AIDS, ainda persiste o problema na

adequada adesão da terapia antirretroviral e diminuição de dados consideráveis de óbitos por Aids. Estima-se em todo o mundo, desde o início da doença, que 25 milhões de pessoas morreram de Aids, sendo 1 milhão em 2016 (BRASIL, 2015; UNAIDS, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que o HIV atingiu mais de 70 milhões de pessoas no mundo, com cerca de 35 milhões de mortes por este vírus. E que 36,7 milhões de pessoas vivem com HIV, com o total de 2,1 milhões de recém-infectados por HIV (WHO, 2016).

No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) notificou no ano de 2007 a 2017, 136.945 casos de HIV. Com ocupação da 3ª posição, a região Nordeste com 30.297 casos notificados, sendo a região Sudeste com 96.439 casos e a região Sul com 40.275 casos, as regiões com mais notificações de infecção pelo HIV no país. Em 2016 foram registrados 12.366 óbitos por Aids no Brasil, 42,4% no Sudeste e 21,2% no Nordeste (BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2007 e 2017, a Paraíba apresentou 1116 casos notificados de HIV, com 6.864 casos notificados de Aids nos anos de 2000 a junho de 2017. De 1980 a 2015 o número de óbitos por Aids no estado da Paraíba foram de 8.102 casos notificados. Portanto evidencia-se a importância da notificação dos casos de HIV para aplicação de estratégias públicas que venham minimizar os danos quando não há o diagnóstico precoce do HIV (BRASIL, 2017).

A estratégia de informação do HIV desempenha três papéis para otimizar os programas, de acordo com a OMS esses papéis são: é necessário compreender a epidemia e a extensão das mudanças após as intervenções; é necessário acompanhar e avaliar os serviços de saúde relacionados ao HIV e informar sobre a melhoria dos programas para garantir uma qualidade e retorno, identificando falhas e oportunidades (UNAIDS, 2017).

O acesso a terapia de antirretrovirais (TARV), faz parte do conjunto de ações preventivas do HIV que são ferramentas críticas para acabar a epidemia da Aids. Assim, construiu-se uma meta até 2020, 90-90-90, 90% de todas as pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) saberão do diagnóstico, 90% diagnosticadas com HIV receberão a TARV de forma ininterrupta e 90% das pessoas em TARV terão supressão viral (UNAIDS, 2017).

O aumento da sobrevivência e qualidade de vida das PVHIV pode ser adquirida com a boa adesão da TARV. Há serviços de testes rápidos e confirmação laboratorial que confirmam o resultado do HIV. Após o diagnóstico a PVHIV é encaminhada para uma rede de apoio, à exemplo dos serviços de assistência especializada (SAE). Os SAE são responsáveis pela assistência, prevenção e tratamento de PVHIV (BRASIL, 2015; WHO, 2016; BRASIL,

2017).

Os SAE tem o objetivo de integralizar o atendimento de equipe multiprofissional, promovendo qualidade aos usuários. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros, oferecendo apoio emocional além de esclarecer sobre as políticas de HIV/Aids, além de atuar nas vulnerabilidades dos indivíduos através do atendimento, disponibilizando serviços de promoção, prevenção e tratamento de PVHIV, assim o SAE é um serviço que interfere diretamente no processo saúde-doença de pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2017; PEDROSA et al, 2015).

Portanto, é imprescindível analisar os fatores associados ao óbito e abandono do tratamento por PVHIV do SAE, visto que esses serviços interferem no processo-saúde do indivíduo, realizando empoderamento para promover a sociabilidade e conhecimento sobre as políticas sobre HIV/Aids (LIMA et al, 2011). Desse modo essa análise será fundamental para ampliar os conhecimentos e práticas de gestão relacionadas ao SAE para que estes serviços deem continuidade nos seus objetivos de operacionalização nas condutas às pessoas com HIV/Aids (ABRÃO et al, 2014).

O estudo contribuirá para o conhecimento das características sociodemográficas e clínicas de adultos com HIV que abandonaram o tratamento em um SAE de Campina Grande-PB/Brasil, com a perspectiva de colaborar no planejamento de ações para o controle do HIV, oferecendo informações que poderão contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para PVHIV e dar subsídios aos profissionais de saúde para que executem ações específicas com base fatores de associação da população. Nessa perspectiva, objetivou-se analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral e pacientes que evoluíram para o óbito em um Serviço de Assistência Especializada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, realizado de outubro de 2017 a março de 2018, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Campina Grande/PB, Brasil.

Para definição da população, utilizou-se como critério de abandono ao tratamento usuários que não retiraram medicamentos antirretrovirais a partir de 3 meses após a data prevista e não retornaram às consultas em seis meses (BRASIL, 2009). Diante disso a

população do estudo foi composta por todos os prontuários de PVHIV, dos anos de 2016 e 2017 cadastrados no Serviço de Assistência Especializada de Campina Grande/PB, totalizando 982 prontuários de PVHIV, sendo 170 de abandonos e 26 de óbitos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Fez parte do estudo prontuários de pessoas com HIV/Aids entre faixa etária de 18 a 59 anos de idade; que foram atendidas no SAE em Campina Grande/PB, Brasil, nos anos de 2016 e 2017. Foram excluídos: gestantes, privados de liberdade e prontuários com dados anteriores a 2016.

A coleta foi realizada por meio de um formulário estruturado mediante dados secundários encontrados nos prontuários das PVHIV atendidas no SAE em Campina Grande/PB, Brasil, após apresentação da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foi realizada o preenchimento dos dados nos formulários.

A variáveis investigadas foram as seguintes: 1) Aspectos sociodemográficos (idade; sexo; escolaridade; situação conjugal; cor/etnia); 2) Provável modo de transmissão (transmissão vertical; sanguínea; sexual); 3) Dados clínicos (CD4+; carga viral no início da TARV; carga viral na última consulta; tempo de diagnóstico do HIV (anos); tempo da TARV (meses).

Os dados coletados foram inseridos no banco de dados e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0 e apresentados por meio de tabelas. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas frequências: absoluta e relativa. Para verificar as associações, por meio da estatística analítica, foi utilizado o teste Qui-quadrado (X^2) nas caselas maiores que cinco, sendo necessário utilizar o Teste de Fisher para atender o requisito de casela menor que cinco, sendo associada às variáveis com o valor de $p < 0,05$ com nível de significância de 95%.

Todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. Por se tratar de dados secundários, utilizou-se um termo de confidencialidade com preservação do anonimato e declaração de autorização. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), com parecer favorável, sob CAAE 74634117.3.0000.5187.

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos e clínicos

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria dos indivíduos é do sexo masculino, com 72,9%, com idade entre 30-39 (33,5%), solteiro (74,8%), com ensino fundamental (38,6%), brancos (58,7%). Com provável modo de transmissão por via sexual, com o sexo oposto (62,2%). Apresenta CD4+ >500 células/mm³ (66,9%) para os que abandonaram o tratamento e CD4+ <200 células/mm³ (60%) para os que foram a óbito, carga viral no início da TARV entre 50-10.000 cópias/ml (59,5%), carga viral na última consulta <50 cópias/ml ou indetectável (60,5%). Com tempo de diagnóstico do HIV (anos) >5 (50,6%) e tempo da TARV (meses) entre 6-48 (45,7%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de adultos com HIV, óbito e abandono da terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande/PB.

Variável	Óbito		Abandono	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	14	53,8	124	72,9
Feminino	12	46,2	46	27,1
	26		170	
Idade (anos)				
18-29	3	11,5	42	24,7
30-39	8	30,8	57	33,5
40-49	8	30,8	44	25,9
50-59	7	26,9	27	15,9
	26		170	
Situação conjugal				
Solteiro	11	47,8	110	74,82
Casado	4	17,4	20	13,60
União estável	3	13,1	2	1,36
Viúvo	5	21,7	6	4,08
Divorciado	0	0	9	
	23		147	
Escolaridade				
Sem escolaridade	0	0	4	2,7
Ensino fundamental	13	68,4	56	38,6
Ensino Médio	5	26,3	52	35,9
Ensino Superior	1	5,3	31	21,4
Pós-Graduação	0	0	2	1,4
	19		145	
Cor/Etnia				
Preta	2	12,5	20	25
Parda	10	62,5	13	16,3

Branca	4	25	47	58,7
	16		80	
Provável modo de transmissão				
Sexual (Relação sexual com sexo oposto)	2	50	33	62,2
Sexual (Relação sexual com o mesmo sexo)	2	50	17	32,1
Sexual (Relação sexual com ambos os sexos)	0	0	3	5,7
	4		53	
CD4⁺				
<200 células/mm ³	6	60	12	8,5
200-499 células/mm ³	4	40	35	24,6
>500 células/mm ³	0	0	95	66,9
	10		142	
Carga viral no início da TARV[~]				
<50 Cópias/ml ou indetectável	0	0	12	10,8
50-10.000 Cópias/ml	9	50	66	59,5
>10.000 Cópias/ml	9	50	33	29,7
	18		111	
Carga viral na última consulta				
<50 Cópias/ml ou indetectável	5	41,7	75	60,5
50-10.000 Cópias/ml	4	33,3	31	25
>10.000 Cópias/ml	3	25	18	14,5
	12		124	
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)				
≤1	1	4,6	11	6,5
1-5	5	22,7	72	42,9
>5	16	72,7	85	50,6
	22		168	
Tempo da TARV[~] (meses)				
≤6	1	4,6	15	9,25
6-48	5	22,7	74	45,7
>48	16	72,7	73	45,1
	22		162	

Fonte: SAE de Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Identificou-se na Tabela 2, 96 (92,3%) do sexo masculino com CD4⁺ ≥200 células/mm³, com idade <38 (97%) e p valor de 0,028². Solteiro/viúvo/separado (91,1%), escolaridade ≤9 anos (91,8%), cor branca (93%) e relação sexual com o sexo oposto (88,5%), apresentaram CD4⁺ ≥200 células/mm³.

Tabela 2 – Associação das características sociodemográficas e clínica de adultos com HIV que abandonaram a terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.

Masculino	52(44,4)	65(55,6)	117	0,097	30(34,9)	56(65,1)	86	0,112 ¹
Feminino	26(59,1)	18(40,9)	44		19(50)	19(50)	38	
Idade (anos)								
<38	31(38,7)	49(61,3)	80	0,014	29(53,7)	25(46,3)	54	0,005¹
≥38	47(58)	34(42)	81		20(28,6)	50(71,4)	70	
Situação conjugal								
Solteiro/viúvo/separado	59(50)	59(50)	118	0,433	34(39,5)	52(60,5)	86	0,654 ¹
Casado/união estável	13(59)	9(41)	22		9(45)	11(55)	20	
Escolaridade (anos)								
≤9	34(60,7)	22(39,3)	56	0,044	24(51,1)	23(48,9)	47	0,004¹
>9	35(43,2)	46(56,8)	81		18(31,6)	39(68,4)	57	
Cor/Etnia								
Não branca	14(46,7)	16(53,3)	30	0,127	15(37,5)	25(62,5)	40	0,760 ¹
Branca	29(43,2)	16(42,2)	45		6(33,3)	12(66,7)	18	
Provável modo de transmissão								
Sexual (Relação sexual com sexo oposto)	15(48,4)	16(51,6)	31	0,117	3(30)	7(70)	10	0,633 ¹
Sexual (Relação sexual com o mesmo sexo)	4(23,52)	13(76,5)	17		7(29,2)	17(70,8)	24	
Sexual (Relação sexual com ambos os sexos)	1(100)	0	1					

Fonte: SAE de Campina Grande/PB, Brasil, 2017. *Terapia antirretroviral; ¹Teste de Qui-quadrado.

Verificaram-se na tabela 4, associações do sexo masculino e tempo de diagnóstico do HIV ≤6 anos (p=0,004), sexo masculino e tempo da TARV ≤48 meses (p=0,011), idade ≥ 38 e tempo de diagnóstico do HIV ≤6 anos (p=0,002), idade <38 e tempo da TARV ≤48 meses (p=0,003), escolaridade >9 anos e tempo de diagnóstico do HIV ≤6 anos (p=0,029), cor branca e tempo de diagnóstico do HIV >6 anos (p=0,015), relação sexual com sexo oposto e tempo de diagnóstico do HIV ≤6 anos (p=0,012), bem como relação sexual com sexo oposto e tempo da TARV ≤48 meses(p=0,007).

Tabela 4 - Associação entre características sociodemográficas e clínicas (tempo de diagnóstico do HIV e tempo da TARV) de adultos com HIV que abandonaram terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.

Variável	Tempo de diagnóstico do HIV (anos)				Tempo da TARV (meses)			
	≤6 n(%)	>6 n(%)	Total	p	≤48 n(%)	>48 n(%)	Total	p

Sexo								
Masculino	80(66,7)	40(33,3)	120	0,004¹	72(61,1)	46(38,9)	118	0,011¹
Feminino	19(42,2)	26(57,8)	45		17(38,6)	27(61,4)	44	
Idade (anos)								
<38	59(72)	23(28)	82	0,002¹	54(66,7)	27(33,3)	81	0,003¹
≥38	40(48,2)	43(51,8)	83		35(43,2)	46(56,8)	81	
Situação conjugal								
Solteiro/viúvo/separado	78(65)	42(35)	120	0,033¹	69(58,5)	49(41,5)	118	0,083 ¹
Casado/união estável	9(40,9)	13(59,1)	22		8(38,1)	13(61,9)	21	
Escolaridade anos								
≤9	29(48,3)	31(51,7)	60	0,029¹	26(45,6)	31(54,4)	57	0,113 ¹
>9	54(66,7)	27(33,3)	81		48(59,3)	33(40,7)	81	
Cor/Etnia								
Não branca	21(63,6)	12(36,4)	33	0,015¹	16(34,1)	31(65,9)	47	0,068 ¹
Branca	17(36,2)	30(63,8)	47		18(54,5)	15(45,5)	33	
Provável modo de transmissão (sexual)								
Relação sexual com sexo oposto	18(56,3)	14(43,7)	32	0,012¹	16(51,6)	15(48,4)	31	0,007¹
Relação sexual com o mesmo sexo	16(94,1)	1(5,9)	17		16(94,1)	1(5,9)	17	
Relação sexual com ambos os sexos	1(33,3)	2(66,7)	3		1(33,3)	2(66,7)	3	

Fonte: SAE de Campina Grande/PB, Brasil, 2017. *Tempo de diagnóstico em anos: mediana 6 (1-22). **Tempo de TARV em meses: mediana 48 (2-240). ¹Teste de Qui-quadrado.

Na tabela 5, apresentam-se associações entre carga viral >10.000 cópias/ml no início da TARV e tempo de diagnóstico do HIV ($p = <0,000$) e carga viral >10.000 cópias/ml e tempo da TARV ($p = <0,000$).

Tabela 5 - Associação entre CD4⁺ e carga viral de adultos com HIV que abandonaram terapia antirretroviral em um Serviço de Assistência Especializada, Campina Grande/PB.

Variável	Tempo de diagnóstico do HIV ⁺ (anos)				Tempo da TARV ⁺ (meses)			
	≤6 n(%)	>6 n(%)	Total	p	≤48 n(%)	>48 n(%)	Total	p
CD4⁺								
<200 células/mm ³	4(40)	6(60)	10	0,199 ²	3(33,3)	6(66,7)	9	0,149 ¹
≥200 células/mm ³	75(58,1)	52(40,9)	127		72(57,1)	54(42,9)	126	
Carga viral no início da TARV								
≤10.000 Cópias/ml	31(40,8)	45(59,2)	76	<0,000¹	29(38,7)	46(61,3)	75	<0,000¹
>10.000 Cópias/ml	62(76,5)	19(23,5)	81		55(69,6)	24(30,4)	79	

Carga viral na última consulta

≤50 Cópias/ml ou indetectável	43(58,1)	31(41,9)	74	0,119	36(49,3)	37(50,7)	73	0,324 ¹
>50 Cópias/ml	20(43,5)	26(56,5)	46		18(40)	27(60)	45	

Fonte: SAE de Campina Grande/PB, Brasil, 2017. *Tempo de diagnóstico em anos: mediana 6 (1-22). **Tempo da terapia antirretroviral em meses: mediana 48 (2-240). ¹Teste de Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Acerca dos aspectos sociodemográficos a identificação do sexo masculino corrobora com a literatura, ao indicar maioria do sexo masculino com faixa etária inferior a 39 anos. Um estudo realizado por Ocfemia et al (2018) revela 66,47% do sexo masculino com maior número de diagnóstico de HIV entre 22 a 23 anos sendo 20,6%). Para Yang et al (2018) houve associação de maior risco de HIV para os homens com comportamento de sexo ocasional desprotegido (OR = 1,54; IC95% = 1,16-2,04). Lasse retal (2018) também revela em seu estudo a maioria ser do sexo masculino (70,9%). Acredita-se que essa ocorrência do sexo masculino deve-se ao fato de nascerem mais homens do que mulheres no Brasil, mesmo com o índice de mortalidade elevado para homens devido à vulnerabilidade social (BRASIL, 2010).

Com relação ao estado civil e escolaridade, percebe-se a consonância com a literatura. Costa et al. (2013) em um estudo descritivo, com 84 sujeitos, realizada na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, apresentou 53,6% homens e nível de escolaridade 54,8% com ensino fundamental completo. Outras pesquisas, envolvendo PVHIV e com alto risco ao HIV, identificaram escolaridade maior que o primário 63,7% e ser solteiro com 72,5% (CHAN et al, 2017; MAYAPHI et al, 2018).

Referente às características clínicas, um estudo transversal, com 214 PVHIV, realizado no norte da Tanzânia, identificou 60,5% com contagem de CD4+ superior a 500 células/mm³ (SEMVUA et al, 2017). Outra pesquisa observou que 52,1% tiveram contato heterossexual, 48,3% tiveram uma carga viral >1.500 cópias/ml (CREPAZ et al, 2018). Em contrapartida, Louis et al (2018) em um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado no Haiti identificou carga viral na última consulta ≥ 1.000 cópias/ml (74,9%) e uso de TARV de 12 a 23 meses com 23,5 %, essa divergência provavelmente deve-se ao corte de meses utilizados para o uso de TARV e o valor de carga viral está intrinsecamente interligado ao tempo de tratamento e uso adequado de TARV.

Acerca da associação de CD4+ de PVHIV, os linfócitos T CD4+ é um significativo marcador de prognóstico, quando inferior ou igual a 350 células/mm³ é um indicativo de precaução para iniciar o TARV, com o uso correto do tratamento, haverá níveis restabelecidos e melhora do quadro clínico. Um estudo revela correlação positiva de pessoas que fazem uso de TARV e mantêm CD4+ acima de 500 células/mm³ (SCHUELTER-TREVISOL et al, 2013; ZANCANARO et al, 2017).

Um estudo realizado na África do Sul (FOMUNDAM et al, 2017) identificou-se apresentação extremamente tardia para o tratamento de HIV em homens de ≥ 40 anos com contagem de CD4+ ≤ 200 células/ml, essa contraposição com o achado desta pesquisa evidencia os homens com idade < 38 anos com CD4 ≥ 200 células/ml, possivelmente por não terem iniciado o tratamento do HIV de modo tardio, não exime-se a possibilidade de queda de CD4 ao longo dos anos, caso permaneçam em abandono.

Nozza et al (2017) realizaram um estudo longitudinal retrospectivo observacional na Itália, no qual identificaram $p < 0,001$ para carga viral 4,67 log₁₀ cópias/ml (IQR: 4,06-5,23) no início da soroconversão, com idade mediana de 34 anos (28-40 anos). Presume-se que possuir a idade superior a 40 anos com carga viral < 50 cópias na última consulta deve-se ao uso de TARV, pois apesar do abandono, posteriormente à avaliação de CD4+ e carga viral, aconselha-se o início de TARV.

Um estudo realizado no sudeste dos Estados Unidos em uma coorte verificou maior escolaridade (AOR 0,5; IC95% 0,2 0,9) com carga viral suprimido < 200 (74%) (WAGONER et al, 2016). Sabe-se que o nível de escolaridade influencia no tratamento para o HIV e consequente supressão de carga viral.

Este estudo diverge da literatura em termos de associação do tempo de diagnóstico de HIV, Medeiros et al (2017) evidenciaram o sexo masculino com tempo de diagnóstico de HIV > 12 meses (79,7%). Diverge do estudo de Louis et al (2018) no tocante ao sexo, identificaram maioria do sexo feminino com tempo de TARV de 12 a 23 meses (23,5%), porém é consonante em relação a idade e tempo de TARV, sendo a idade entre 22- 40 anos (40,4%).

Evidencia-se consonância com Sheenan et al (2017), realizado na Flórida/EUA, em brancos com tempo de diagnóstico de HIV de 11 a 14 anos (27,3%). Percebe-se também consonância com um estudo realizado em Nova York em cinco distritos, no qual verificaram-se 90% com comportamento heterossexual, com escolaridade secundária (53,3%) e um estudo de coorte retrospectivo, realizado no Peru, em relação a heterossexual (55,8%), com escolaridade secundária (47,4%) e TARV (88,7%) (PROCHAZKA et al, 2018).

Um estudo realizado com pessoas da América Latina, Europa Ocidental e Oriental

com 1389 pacientes, evidenciaram 49% com carga viral >100000 , após 12 meses de tratamento, verificaram 34% com carga viral indetectável (CARO-VEGA et al, 2018). Outra pesquisa, realizada por Gupta et al (2018) num centro de terapia antirretroviral, com 179 PVHIV, identificou uma carga viral significativamente menor em PVHIV após 2 anos de TARV ($p=0,032$).

Entende-se que o abandono de TARV repercute consideravelmente na vida da PVHIV, e que muitas pessoas iniciam o TARV, sendo considerado fator de proteção, uma vez que diminui a carga viral e transmissibilidade do vírus HIV (BRASIL, 2015). Mesmo com o uso de TARV, algumas pessoas abandonam o tratamento, por causa de alguns fatores como: estigmas e discriminação, depressão, manifestações de reações adversas aos medicamentos, tempo entre o diagnóstico de HIV e a manifestação da Aids, idade e escolaridade interligada a falta de conhecimento (PIRES; MAREGA; CREAGH, 2017; SILVA et al, 2015; MORAES et al, 2015).

No concernente a identificação de 26 óbitos nesse estudo, percebe-se que o $CD4+ 200$ células/mm³, a escolaridade e uma possível descontinuidade do TARV, pode interferir diretamente nesse desfecho ao elevar índices de infecções oportunistas e índices de óbitos. Diante disso evidencia-se a importância da continuidade de incentivo as medidas preventivas do HIV, com adesão ao TARV e execução prática de rodas de conversas sobre HIV/Aids (NASCIMENTO et al, 2015; ALMEIDA; ALMEIDA, 2015; LEAL; RIBEIRO; AFONSO, 2017).

CONCLUSÃO

A análise das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a TARV e pacientes que evoluíram para o óbito em um SAE possibilita identificar por meio dos resultados, aspectos relevantes sobre as associações referentes à idade, escolaridade, sexo, cor/etnia, relação sexual com o sexo oposto, $CD4+$, tempo de diagnóstico e tempo de TARV.

Considerando as associações encontradas, é possível incorporar ao objetivo a necessidade de uma busca ativa para retorno do tratamento antirretroviral de forma efetiva, sem descontinuidade, com a finalidade de melhora na qualidade de vida das PVHIV de modo a evitar-se o óbito ou abandono de TARV.

Quanto às limitações do estudo, concentra-se a impossibilidade da extrapolação das causas de óbito, este indicador tornar-se-ia teoricamente plausível para as associações com as características sociodemográficas e clínicas. Essa limitação não torna as análises inválidas, no

entanto faz-se necessário obter informações que aperfeiçoem o conhecimento acerca das associações com causas óbito.

REFERÊNCIAS

1. ABRÃO, F. M. S.; ANGELIM, R.C. M.; CARDOSO, M.D., et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 38(1): 140-54.
2. ALMEIDA, M. C.; ALMEIDA, E. B. Perfil dos pacientes com infecção por HIV admitidos em unidade de terapia intensiva adulto em hospital universitário de Juiz de Fora, MG. *Revista de Enfermagem UFJF*. v.1, n.2, p.187-193, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e AIDS. Nota Técnica nº208/09. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critérios de abandono ao tratamento. 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 227p. Brasília, 2015.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids. Boletim epidemiológico - Aids IST. Brasília, 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 416p. Brasília, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv-aids>. Acesso em 10 de mar de 2017.
8. CARO-VEJA, Y.; SCHULTZE, A.; EFSEM, A. M. W. et al. Diferenças na resposta à terapia antirretroviral em pacientes com HIV-positivo em tratamento para tuberculose na Europa Oriental, Europa Ocidental e América Latina. *BMC Doenças Infecciosas*. v.18, n.1, p. 191, 2018.

9. CHAN, B. T.; PRADEEP, A.; PRASAD, L., et al. Associação entre estigma internalizado e depressão entre pessoas HIV-positivas que entram em tratamento no sul da Índia. *Journal of Global Health*. v.7, n.2, 2017.
10. COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A.; GOMES. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e resignificação. *Revista Psicologia e Saber Social*. v.2, n.1, p.104-114, 2013.
11. CREPAZ, N.; DONG, X.; WANG, X., et al. Disparidades raciais e étnicas na supressão viral sustentada e potencial de risco de transmissão entre as pessoas que recebem cuidados de HIV- Estados Unidos, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. v.67, n.4, p.113-118, 2018.
12. FOMUNDAM, H. N.; TEFAY, A. R.; MUSHIPE, S. U, et al. Prevalência e preditores da apresentação tardia para o cuidado do HIV na África do Sul. *The South African Medical Journal*. v.107, n.12, p.1058-1064, 2017.
13. Global AIDS Monitoring 2018. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS. 160 p. UNAIDS, 2017.
14. GUPTA, S.; MALHOTRA, B.; TIWARI, J. K. et al. Cluster of differentiation 4+ T-cell counts and human immunodeficiency virus-1 load in patients coinfecting with hepatitis B virus and hepatitis C virus. *Journal of Laboratory Physicians*. v.10, n.2, 2018.
15. GWADZ, M.; LEONARD, N. R.; HONIG, S. et al. Batalhando contra o “monstro”: como os heterossexuais de alto risco experimentam e gerenciam com sucesso o estigma do HIV como uma barreira para o teste de HIV. *Internacional Journal for Equity in Health*. v.17, n.1, p.46, 2018.
16. IBGE. Censo Demográfico, 2010. IBGE: Sinopse do Censo Demográfico, 2010.
17. LASSER, K. E.; LUNZE, K.; CHENG, D. M., et al. Depressão e tabagismo entre fumantes HIV-positivos na Rússia: um estudo transversal. *Plos One*. v.13, n.2, 2018.

18. LEAL, G. A.; RIBEIRO, J. B.; AFONSO, T. M. Análise da caracterização de indivíduos portadores de HIV no município de Aracaju/SE no período de 2010-2015. *Cadernos de graduação. Ciências Biológicas e da Saúde*. v.4, n.1, p.121-130, 2017.
19. LIMA, I. C.V.; GALVÃO, M. T.G.; PAIVA, S.S.;BRITO, D. M. S. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/Aids. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011; 10(3): 556-563.
20. LOUIS, F. J.; BUTEAU, J.; FRANÇOIS, K., et al. Resultado virológico entre pacientes em terapia antirretroviral em cinco hospitais do Haiti. *Plos One*. v.13, n.1, 2018.
21. MAYAPHI, S.H.; MARTIN, D. J.; OLORUNJU, S. A., et al. Exposição de alto risco ao HIV entre indivíduos sexualmente ativos com teste negativo em testes rápidos de HIV no distrito de Tshuane, África do Sul- A importância de medidas de prevenção comportamental. *Plos One*. v.13, n.2, 2018.
22. MEDEIROS, R. C. S. C.; MEDEIROS, J. A.; SILVA, T. A. L. et al., Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e exercício físico em pessoas vivendo com HIV/ Aids. *Revista de Saúde Pública*. v.51, n.66, 2017.
23. MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; MOTTA, M. C.; FERREIRA, O. L. C.; ANDRADE, M. S. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*.v.7, n.4, p.3563-3573, 2015.
24. NASCIMENTO, C. V.; MINASI, L. B.; GUILARDUCCI, N. A.; PEREIRA, F. G.; CARMO FILHO, J. R.; MATÃO, M. E. L. Análise dos óbitos ocorridos no hospital de doenças infecciosas em Goiania Goiás. *Revista Ciência Escola Estadual Saúde Pública Cândido Santiago- RESAP*. v.1, n.1, p.1-12, 2015
25. NOZZA, S.; COZZI-LEPRI, A.; BAI, F., et al. Proporção e fatores associados à infecção recente por HIV em uma coorte de pacientes atendidos na Itália em 1996-2014: dados da coorte do Estudo da Fundação ICONA. *PloS One*. v.12, n.12, 2017.

26. OCFEMIA, M. C. B.; DUNVILLE, R.; ZHANG, T., et al. Diagnósticos de HIV entre pessoas de 13 a 29 anos- Estados Unidos, 2010-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. v.67, n.7, p.212-215, 2018.
27. PEDROSA, N.L.; SANTOS, V. F.; PAIVA, S. S., GALVÃO, M. T.G. et al. Assistência especializada para pessoas com aids no estado do Ceará, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:77.
28. PEREIRA, R. A.; SOUZA, R. A.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 2015; 6(1): 99-108.
29. PIRES, P. N.; MAREGA, A.; CREAGH, J. M. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo HIV nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. v.33, p.30-40, 2017.
30. PROCHAZKA, M.; OTERO, L.; KINDA, A. K. et al. Apoiadores indicados pelo paciente como facilitadores para o envolvimento na atenção ao HIV em um hospital de referência no Peru: um estudo de coorte retrospectivo. *PloS One*. v.13, n.4, 2018.
31. SCHUELTER-TREVISOL, F.; PUCCI, P.; JUSTINO, A. Z.; PUCCI, N.; SILVA, A. C. B. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v.22, n.1, p. 87-94, 2013).
32. SEMVUA, S. K.; ORRELLE, C.; MMBAGA, B. T., et al. Preditores da não adesão à terapia antirretroviral entre pacientes infectados pelo HIV no norte da Tanzânia. *Plos One*. v.12, n.12, 2017.
33. SHEEHAN, D. M.; FENNIE, K. P.; MAUK, D. E. et al. Retenção no tratamento do HIV e na supressão viral: Preditores de diferenças raciais/étnicas em nível individual e de bairro, Flórida, 2015. *Atendimento ao paciente com Aids e DSTs*. v.31, n.4, p.167-175, 2017.
34. SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses de terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v.31, n.6, p.1188-1198, 2015.

35. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. 9Ending AIDS, Progress Towards The 90-90-90 Targets. 198 p. UNAIDS, 2017.
36. WAGONER, N. V.; ELOPRE, L.; WESTFALL, A. O. et al., Participação da Igreja relatada no momento da entrada na atenção ao HIV está associada com a supressão da carga viral aos 12 meses. *Aids and Behavior*. v.20, n.8, p.1706-1712, 2016.
37. World Health Organization. Progress Report 2016- Prevent HIV, Test and Treat All. 2016. 26 slides.
38. YANG, S.; ZHAI, W.; PEI, R., et al. Fatores associados à infecção pelo HIV entre os residentes da minoria Yi na prefeitura de Liangshan, província de Sichuan. *Medicine (Baltimore)*. v.97, n.14, p.250, 2018.
39. ZANCANARO, V.; BORDIGNON, M.; HÜNTERMANN, J. BELLAVER, E. H. O papel dos medicamentos no controle da carga viral e de células CD4 em pacientes com HIV de uma cidade do meio oeste de Santa Catarina. *Revista UNIVAP*. v.23, n.43, p.34-44, 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância desse estudo fundamentado na análise das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a TARV e pacientes que evoluíram para o óbito em um SAE possibilita identificar relevância nos achados, de modo que se faz necessário uma intensificação de avaliação das características sociodemográficas e clínicas de PVHIV que abandonaram a TARV, com um olhar direcionado a continuidade do tratamento para que haja melhora no quadro clínico.

Entende-se que é imprescindível refletirmos sobre as estratégias de continuidade do tratamento e aplicarmos no dia a dia, é inescusável fortalecer vínculos entre as redes e a PVHIV para que aumente a solidez da integração do usuário ao serviço e do profissional com a PVHIV. Assim espera-se que a continuidade da TARV e atenção minuciosa as características sociodemográficas e clínicas sejam otimizadas para a prática de uma assistência direcionada a prevenção combinada.

Ressalta-se que a limitação do estudo ao impossibilitar a extrapolação das causas de óbito, não torna as análises inválidas, sugerem-se estudos que aperfeiçoem o conhecimento acerca das associações de causas óbitos no serviço onde ocorreu este estudo.

REFERÊNCIAS

1. ABRÃO, F. M. S.; ANGELIM, R.C. M.; CARDOSO, M.D., et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 38(1): 140-54.
2. ALENCAR, R. A.; CIOSEK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(2): 229-235, 2014.
3. ALMEIDA, M. C.; ALMEIDA, E. B. Perfil dos pacientes com infecção por HIV admitidos em unidade de terapia intensiva adulto em hospital universitário de Juiz de Fora, MG. *Revista de Enfermagem UFJF*. v.1, n.2, p.187-193, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e AIDS. Nota Técnica nº208/09. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critérios de abandono ao tratamento. 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 227p. Brasília, 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diagnóstico do HIV. Aula 1. TELELAB diagnóstico e monitoramento. 10p., 2014.
7. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 3ªed. Brasília, 2016.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids. Boletim epidemiológico - Aids IST. Brasília, 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 416p. Brasília, 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.

Disponível em: < http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids>. Acesso em 10 de mar de 2017.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 007/2017- DDAH/SVS/MS. Brasília, 2017.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diagnóstico do HIV. Aula 5. TELELAB diagnóstico e monitoramento. 12p., 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Uma análise da situação de saúde e das causas externas. 462p. Brasília, 2015.
15. CARO-VEJA, Y.; SCHULTZE, A.; EFSEM, A. M. W. et al. Diferenças na resposta à terapia antirretroviral em pacientes com HIV-positivo em tratamento para tuberculose na Europa Oriental, Europa Ocidental e América Latina. BMC Doenças Infecciosas. v.18, n.1, p. 191, 2018.
16. CARVALHO, S. CAMPOS, W. Estatística Básica Simplificada. Revista, atualizada e ampliada. 2ªed. Ed. Jus PODIVM, 20p., 2016.
17. CHAN, B. T., PRADEEP, A.; PRASAD, L., et al. Associação entre estigma internalizado e depressão entre pessoas HIV-positivas que entram em tratamento no sul da Índia. Journal of Global Health. v.7, n.2, 2017.
18. COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A.; GOMES. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação. Revista Psicologia e Saber Social. v.2, n.1, p.104-114, 2013.
19. CREPAZ, N.; DONG, X.; WANG, X., et al. Disparidades raciais e étnicas na supressão viral sustentada e potencial de risco de transmissão entre as pessoas que recebem cuidados de HIV- Estados Unidos, 2014. Morbidity and Mortality Weekly Report. v.67, n.4, p.113-118, 2018.

20. ENGELMAN, A., CHEREPANOV, P. The structural biology of HIV-1: mechanistic and therapeutic insights. *Nature Reviews Microbiology*. 10(4): 279-290. 2012.
21. FERREIRA, R. C.S.; RIFFEL, A.; SANT'ANA, A. E. G. HIV: replication mechanism, pharmacological targets and inhibition by products derived from plants. *Revista Química Nova*. 33(8): 1743-1755, 2010.
22. FERREIRA, F. C. S. L.; DRUMOND, E. F.; SIVIERO, P. C. L.; et al. Causas múltiplas de óbitos relacionados ao HIV/Aids nas capitais da regiões Sul e Sudeste do Brasil, 2011. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 19(1):19-25, 2017.
23. FOMUNDAM, H. N.; TESFAY, A. R.; MUSHIPE, S. U, et al. Prevalência e preditores da apresentação tardia para o cuidado do HIV na África do Sul. *The South African Medical Journal*. v.107, n.12, p.1058-1064, 2017.
24. GUPTA, S.; MALHOTRA, B.; TIWARI, J. K. et al. Cluster of differentiation 4+ T-cell counts and human immunodeficiency vírus-1 load in patients coinfectad with hepatitis B vírus and hepatitis C vírus. *Journal of Laboratory Physicians*. v.10, n.2, 2018.
25. GWADZ, M.; LEONARD, N. R.; HONIG, S. et al. Batalhando contra o “monstro”: como os heterossexuais de alto risco experimentam e gerenciam com sucesso o estigma do HIV como uma barreira para o teste de HIV. *Internacional Journal for Equity in Health*. v.17, n.1, p.46, 2018.
26. IBGE. Censo Demográfico, 2010. IBGE: Sinopse do Censo Demográfico, 2010.
27. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php>. Acesso em: 26 de fev de 2017.
28. LASSER, K. E.; LUNZE, K.; CHENG, D. M., et al. Depressão e tabagismo entre fumantes HIV-positivos na Rússia: um estudo transversal. *Plos One*. v.13, n.2, 2018.
29. LEAL, G. A.; RIBEIRO, J. B.; AFONSO, T. M. Análise da caracterização de indivíduos portadores de HIV no município de Aracaju/SE no período de 2010-2015. *Cadernos de graduação. Ciências Biológicas e da Saúde*. v.4, n.1, p.121-130, 2017.

30. LIMA, I. C.V.; GALVÃO, M. T.G.; PAIVA, S.S.;BRITO, D. M. S. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/Aids. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011; 10(3): 556-563.
31. LOUIS, F. J.; BUTEAU, J.; FRANÇOIS, K., et al. Resultado virológico entre pacientes em terapia antirretroviral em cinco hospitais do Haiti. *Plos One*. v.13, n.1, 2018.
32. MAYAPHI, S.H.; MARTIN, D. J.; OLORUNJU, S. A., et al. Exposição de alto risco ao HIV entre indivíduos sexualmente ativos com teste negativo em testes rápidos de HIV no distrito de Tshuane, África do Sul- A importância de medidas de prevenção comportamental. *Plos One*. v.13, n.2, 2018.
33. MEDEIROS, R. C. S. C.; MEDEIROS, J. A.; SILVA, T. A. L. et al., Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e exercício físico em pessoas vivendo com HIV/ Aids. *Revista de Saúde Pública*. v.51, n.66, 2017.
34. MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; MOTTA, M. C.; FERREIRA, O. L. C.; ANDRADE, M. S. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*.v.7, n.4, p.3563-3573, 2015.
35. MURI, E. M. F. Proteases virais: importantes alvos terapêuticos de compostos peptidomiméticos. *Revista Química Nova*. 37(2): 308-316, 2014.
36. NASCIMENTO, C. V.; MINASI, L. B.; GUILARDUCCI, N. A.; PEREIRA, F. G.; CARMO FILHO, J. R.; MATÃO, M. E. L. Análise dos óbitos ocorridos no hospital de doenças infecciosas em Goiania Goiás. *Revista Ciência Escola Estadual Saúde Pública Cândido Santiago- RESAP*. v.1, n.1, p.1-12, 2015
37. NOZZA, S.; COZZI-LEPRI, A.; BAI, F., et al. Proporção e fatores associados à infecção recente por HIV em uma coorte de pacientes atendidos na Itália em 1996-2014: dados da coorte do Estudo da Fundação ICONA. *PloS One*. v.12, n.12, 2017.
38. OCFEMIA, M. C. B.; DUNVILLE, R.; ZHANG, T., et al. Diagnósticos de HIV entre pessoas de 13 a 29 anos- Estados Unidos, 2010-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. v.67, n.7, p.212-215, 2018.

39. PEDROSA, N.L.; SANTOS, V. F.; PAIVA, S. S., GALVÃO, M. T.G. et al. Assistência especializada para pessoas com aids no estado do Ceará, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:77.
40. PEREIRA, R. A.; SOUZA, R. A.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 6(1): 99-108. 2015.
41. PEREIRA, B. S.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; COSTA, S. H., et al . Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 19(3): 747-758, 2014.
42. PIRES, P. N.; MAREGA, A.; CREAGH, J. M. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo HIV nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. v.33, p.30-40, 2017.
43. PROCHAZKA, M.; OTERO, L.; KINDA, A. K. et al. Apoiadores indicados pelo paciente como facilitadores para o envolvimento na atenção ao HIV em um hospital de referência no Peru: um estudo de coorte retrospectivo. *PloS One*. v.13, n.4, 2018.
44. RODRIGUES, F. R. A.; CAMARGO, J. C. S.; PEREIRA, M. L. D. et al. Confidencialidade do diagnóstico de HIV: relação entre biopoder e bioética. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*. 2(1): 170-184, 2015.
45. SANTOS, E. R. F.; NETO, G. P. L.; CUNHA, R. A. et al. Perfil de pacientes HIV-Aids que evoluíram ao óbito em um hospital de referência em Belém-PA. *Revista Paraense de Medicina*. 29(3): 53-60, 2015.
46. SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 14 (2): 187-197, 2011.
47. SCHUELTER-TREVISOL, F.; PUCCI, P.; JUSTINO, A. Z.; PUCCI, N.; SILVA, A. C. B. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v.22, n.1, p. 87-94, 2013).

48. SCHUSTER, A. D.; LISE, M. L. Z.; HOERLLE, J. L. Avaliação sorológica de HIV por técnicas de ELISA de quarta geração. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. v.3, n.4, p.122-127, 2013.
49. SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. *Métodos de pesquisa das relações sociais*. São Paulo: Herder, 1965.
50. SEMVUA, S. K.; ORRELLE, C.; MMBAGA, B. T., et al. Preditores da não adesão à terapia antirretroviral entre pacientes infectados pelo HIV no norte da Tanzânia. *Plos One*. v.12, n.12, 2017.
51. SHEEHAN, D. M.; FENNIE, K. P.; MAUK, D. E. et al. Retenção no tratamento do HIV e na supressão viral: Preditores de diferenças raciais/étnicas em nível individual e de bairro, Flórida, 2015. *Atendimento ao paciente com Aids e DSTs*. v.31, n.4, p.167-175, 2017.
52. SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses de terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v.31, n.6, p.1188-1198, 2015.
53. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. *9Ending AIDS, Progress Towards The 90-90-90 Targets*. 198 p. UNAIDS, 2017.
54. UNAIDS. *Global AIDS Monitoring 2018. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS*. 160 p. UNAIDS, 2017.
55. WAGONER, N. V.; ELOPRE, L.; WESTFALL, A. O. et al., Participação da Igreja relatada no momento da entrada na atenção ao HIV está associada com a supressão da carga viral aos 12 meses. *Aids and Behavior*. v.20, n.8, p.1706-1712, 2016.
56. World Health Organization. *Progress Report 2016- Prevent HIV, Test and Treat All*. 2016. 26 slides.
57. YANG, S.; ZHAI, W.; PEI, R., et al. Fatores associados à infecção pelo HIV entre os residentes da minoria Yi na prefeitura de Liangshan, província de Sichuan. *Medicine (Baltimore)*. v.97, n.14, p.250, 2018.

58. ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. O paradoxo do território e os processos de estigmatização do acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica. *Revista Estudos de Psicologia*. 20(4): 229-240, 2015.

59. ZANCANARO, V.; BORDIGNON, M.; HÜNTERMANN, J. BELLAVER, E. H. O papel dos medicamentos no controle da carga viral e de células CD4 em pacientes com HIV de uma cidade do meio oeste de Santa Catarina. *Revista UNIVAP*. v.23, n.43, p.34-44, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE/COMPROMISSO E UTILIZAÇÃO DOS
DADOS E SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, **Silmara Pereira de Lima**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba, no âmbito do projeto de pesquisa inicialmente intitulado “Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/Aids atendidos nos serviços de assistência especializada da Paraíba/Brasil” com recorte de dados secundários através de prontuários, que inviabiliza a assinatura de pessoas com HIV/Aids devido a transferência de serviço para continuidade de tratamento ou situação de óbito, solicito dispensação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos registros dos sistemas de informação, dos pacientes com HIV/Aids atendidos nos Serviços de Assistência Especializada no estado da Paraíba, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos aspectos sociodemográficos; carga viral; CD4⁺ e CD8⁺; resultado de genotipagem; situação do paciente em GAP; provável modo de transmissão; categoria de exposição; óbito por Aids.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de garantir a confidencialidade e integridade dos dados dos indivíduos que farão parte da pesquisa através dos dados secundários. Comprometo-me a não repassar o banco na íntegra para pessoas que não são envolvidas na equipe da pesquisa, e cuidar das informações com zelo.

Campina Grande-PB ____/____/____

Aluna do Mestrado em Saúde Pública-MSP

Universidade Estadual da Paraíba

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO E ABANDONO DO TRATAMENTO POR PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE)

Parte 1- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Sexo: _____ Situação Conjugal: _____

Renda familiar: _____ Raça/Cor: _____ Religião: _____

Óbito por AIDS: ____/____/____

Óbito por outra causa: ____/____/____ _____

Município onde reside: _____

Escolaridade: _____

Caracterização: _____

Parte 2- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Provável modo de transmissão: _____

Categoria de exposição: _____

Parte 3- SITUAÇÃO DO TRATAMENTO:

[1] Em tratamento [2] Transferida para outro serviço [3] Óbito [4] Abandono

[5] Outro: _____

[6]*Se o óbito foi por AIDS

Parte 4- DADOS CLÍNICOS

Ano do diagnóstico HIV/Aids: _____

Resultado da Carga Viral na 1ª coleta ____/____/____ _____

Resultado da Carga Viral na última coleta ____/____/____

Ano da 1ª coleta: _____ **CD4+:** _____ **CD8+:** _____

Mês/Ano da última coleta: _____ **CD4+:** _____ **CD8+:** _____

TARV:

[1] Sim [2] Não

Município onde realiza TARV: _____

Há quanto tempo está em TARV: _____

APÊNDICE C



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA OPERACIONAL DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Ivoneide Lucena Pereira Gerente Operacional das DST/AIDS/Hepatites Virais da Secretaria Estadual da Paraíba, venho por meio desta informar a V. Sª, que autorizo a pesquisadora Silmara Pereira de Lima, aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a desenvolver a pesquisa intitulada "Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS atendidos nos serviços de assistência especializada da Paraíba/Brasil", sob a orientação da proª Drª Inácia Sátiro Xavier de França.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente sobre o estudo e as atividades a serem desenvolvidas do projeto de pesquisa e do compromisso na confidencialidade dos dados dos indivíduos para a pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ivoneide Lucena Pereira

Gerente Operacional DST/AIDS/Hepatites virais

Ivoneide Lucena Pereira
Gerente Operacional das DST/AIDS
e Hepatites Virais
Fone: 190.038.F

NEGO

AV. DOM PEDRO II, N.º 1826 - TORRE
JOÃO PESSOA - PB - CEP: 51.040.903
Fone: (83) 3218-7327
Email: dstaids@saude.pb.gov.br



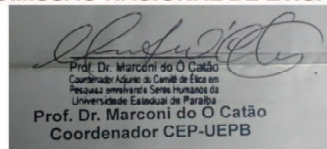
ANEXO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: 04

Pesquisador: Silmara Pereira de Lima

CAAE Plataforma Brasil: 74634117.3.0000.5187

Data da relatoria: 04 de setembro de 2017

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado "Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/Aids atendidos nos serviços de assistência especializada da Paraíba/Brasil". O Projeto é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS atendidos nos serviços de assistência especializada da Paraíba/Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma trará riscos mínimos aos participantes da pesquisa, conforme destaca a resolução vigente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizada uma pesquisa epidemiológica transversal, descritiva, censitária e quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários foram apresentados.

Recomendações: O referido projeto apresenta uma metodologia estruturada que atende as exigências protocolares da Resolução 466/12 /CNS/MS. Diante do exposto não há necessidade de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.