



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

PATRÍCIA MINOSSO FERREIRA

**HIV/AIDS E O FARMAÊUTICONO NO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADO - SAE**

**ARIQUEMES - RO
2014**

Patrícia Minosso Ferreira

**HIV/AIDS E O FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADO - SAE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharelado em Farmácia:

Profº. Ms. Orientador: Nelson Pereira da Silva

**ARIQUEMES - RO
2014**

Patrícia Minosso Ferreira

**AIDS/HIV E O FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADO - SAE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Farmácia.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Orientadora: Prof.^o Ms. Nelson Pereira da Silva Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^o.Ms.Vera Lucia Matias Gomes Gerom
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^o. Esp. Jucélia da Silva Nunes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 06 de novembro de 2014

Primeiramente a DEUS.

Especialmente a minha mãe, por esta sempre ao meu lado e ser minha fonte de força e inspiração.

A minha grande amiga Andréia, que não esta mais entre nós. Saudades sempre. Dedico.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiro a Deus por ter me dado força e mantido perseverante nessa caminhada para esse grande sonho.

Ao meu pai e a minha mãe que sempre torceram por mim, e me deram força para continuar.

Em especial a minha mãe e melhor amiga que sempre foi minha fonte de inspiração para continuar sendo perseverante.

As minhas irmãs Priscila e Ana Paula e meu irmão que sempre torceram por mim, sempre mi fazendo sorrir de alguma maneira.

A todos meus familiares que torceram por mim, em especial as minhas avôs.

A professora Fábiana que não mediu esforços para me orientar na preparação do meu Tcc. Mesmo não sendo mais docente da FAEMA.

Ao professor Nelson que durante quatro anos e meio foi coordenador do curso, sempre preocupado com nossos interesses. E também por ter mi orientado.

Gostaria de agradecer a todos os professores dessa instituição não por apenas nos ensinar o conteúdo programado, mais por nos preparar para vida.

A todos os funcionários da FAEMA.

Aos meus amigos que sempre torceram por mim. Em especial Eliene, Ester, Cristiane, pela força e companheirismo.

RESUMO

O HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que afeta o sistema imunológico, responsável pelas defesas do organismo contra doenças. Atualmente existem aproximadamente 600 mil brasileiros que vivem com vírus do HIV. O objetivo deste trabalho é discorrer sobre a importância da Atenção Farmacêutica no acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes portadores de HIV/AIDS no Serviço de Atendimento Especializado (SAE). A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura. A adesão ao tratamento através de terapia com retrovirais é o único modo de garantir o acompanhamento e o tratamento da infecção pelo HIV/AIDS. O profissional farmacêutico faz parte da equipe multiprofissional do SAE cuja função principal é orientar o paciente garantindo a adesão ao tratamento.

Palavras-Chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); tratamento com antirretrovirais.

ABSTRAT

HIV is the acronym of the human immunodeficiency virus. Cause of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), which affects the immune system, responsible for the body's defenses against disease syndrome. Currently there are approximately 600 thousand Brazilians living with HIV. The objective of this work is to discuss the importance of pharmaceutical care to the pharmacotherapeutic monitoring in patients with HIV / AIDS at the Specialized Service (NCS). The methodology used was a literature review. Adherence to treatment by antiretroviral therapy is the only way to ensure the monitoring and treatment of HIV / AIDS. Pharmacists is part of the multidisciplinary team of the SAE whose main function is to guide the patient to ensure treatment adherence.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS); Human Immunodeficiency Virus (HIV); antiretroviral treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Terapia Combinada de Alta Potência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNA	Ácido Ribonucléico
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
<i>SciELO</i>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 ETAPA 1 – SELEÇÃO DA TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	13
3.2 ETAPA 2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NA LITERATURA	13
3.3 ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DA REVISÃO	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)	14
4.1.1 Biologia do HIV	14
4.1.2 O HIV na transmissão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	16
4.1.3 Aspectos Imunológicos	17
4.2 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)	18
4.2.1 Histórico da AIDS	19
4.2.2 Aspectos Epidemiológicos	20
4.2.3 Tratamento da Infecção	22
4.3 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE)	24
4.3.1 Farmacêutico no SAE	24
4.3.2 Atenção Farmacêutica e adesão do paciente ao tratamento	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, uma infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que nos anos 80, mais de 205 mil mortes e 506 mil casos foram diagnosticados e registrados no país. No mundo, somente no ano de 2007, foram 2,7 milhões de novas infecções e 2 milhões de mortes, a grande parte em países de média e baixa renda. (SOUZA, 2010).

Ainda segundo Souza (2010), em 1985, quando centenas de casos de AIDS já tinham sido diagnosticados no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria nº 236, foi criado o primeiro programa Nacional da AIDS e foram estabelecidas as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, reconhecendo a AIDS como um problema emergente da saúde pública.

No ano de 1996, houve a chegada da Terapia Combinada de Alta Potência (HAART), que ocasionou um avanço na utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, os quais têm sido decisivos no aumento da sobrevivência de indivíduos com a infecção pelo HIV. A eficácia das associações terapêuticas, acompanhada da acessibilidade aos medicamentos consente classificar essa infecção como uma doença crônica, deslocando progressivamente a atenção aos pacientes para a rede ambulatorial. (SALDANHA et al, 2009).

Oliveira (2002) afirma que o Brasil é um país que possui um programa nacional de controle da infecção pelo HIV/AIDS considerado como um modelo para o mundo. As ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS são realizadas pelo Serviço de Assistência Especializado (SAE), que proporciona atendimento integral e de qualidade a seus usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. (BRASIL, 2014a).

Entretanto, o acesso das pessoas portadoras do HIV/AIDS a uma assistência terapêutica de qualidade representa um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento. O ritmo acelerado do crescimento da

epidemia nos países pobres tem causado uma crescente demanda por cuidados médicos, incluindo o uso de medicamentos antirretrovirais, o que impõe aos governantes a necessidade permanente de buscar soluções economicamente viáveis para essa questão. (OLIVEIRA et al, 2002).

Diante do exposto, apesar dos pacientes que são portadores do HIV/AIDS no Brasil possuírem acesso gratuito ao tratamento com antirretrovirais, a Atenção Farmacêutica nesta área ainda se encontra incipiente, mesmo após a implantação das novas políticas de conscientização, prevenção e tratamento da AIDS, o que levou a queda da mortalidade e o aumento do tempo de vida desses pacientes. Dessa forma, a Atenção Farmacêutica ao paciente portador de HIV/AIDS pode se tornar ferramenta importante para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, já que promove correta adesão ao tratamento com antirretrovirais. A justificativa do presente trabalho se deve ao fato do farmacêutico compor a equipe multiprofissional do SAE e que as informações referente a atuação deste profissional é de grande importância.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a importância da Atenção Farmacêutica no acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes portadores de HIV/AIDS no SAE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever sobre o agente etiológico da AIDS;
- Comentar as características clínicas e tratamento da AIDS;
- Relatar a epidemiologia do HIV/AIDS;
- Discorrer sobre a Atenção Farmacêutica relacionada a pacientes portadores de HIV/AIDS.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é uma revisão de literatura com característica exploratória descritiva, no qual foram estabelecidas três etapas.

3.1 ETAPA 1 – SELEÇÃO DA TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

A seleção do tema foi fruto de leitura prévia e principalmente de observação durante o estágio curricular, da graduação em farmácia. O desempenho amostral foi realizado através de abordagem bibliográfica, desenvolvida com base em material previamente elaborado por autores, e a sua busca foi feita utilizando-se as plataformas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Livrary Online (SciELO)*, Ministério da Saúde (MS) e Goolge Acadêmico. A estratégia de busca inclui artigos, manuais normativos, dissertações, publicações e documentos oficiais, como portarias, e a pesquisa se realizaram no período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014.

3.2 ETAPA 2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NA LITERATURA

A análise dos dados encontrados em literatura foi realizada através da seleção do material pertinente, o que é possível através do estabelecimento de palavras-chave para a procura do material. Os deCS (Descritores em ciências da saúde) foram: AIDS; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e HIV.

3.3 ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DA REVISÃO

Para a estruturação do trabalho selecionou-se material referente à AIDS/HIV, O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tratamentos com antirretrovirais, serviços de assistência especializada (SAE), farmacêutico no SAE.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

O HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, que afeta o sistema imunológico, responsável pelas defesas do organismo contra doenças. As células mais atingidas são os linfócito T-helper possui receptor CD4 na superfície, e são chamados de linfócitos T CD4. Onde o HIV faz cópias de si mesmo alterando o ácido desoxirribonucléico (DNA) dessas células. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Há casos de pacientes com HIV que não apresentam sintomas, sendo assim a pessoa pode ter o vírus do HIV e ter AIDS que é a infecção causada pelo HIV, podem ficar anos sem apresentar sintomas. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez (gravidez não planejada ou de pacientes que não fazem uso corretamente da medicação), durante o parto e a amamentação. (BRASIL, 2014a).

4.1.1 Biologia do HIV

O HIV é classificado como membro da família *retroviridae*, subfamília *orthoretrovirinae*, gênero *lentivirus* (ICTV, 2013). O HIV é um retrovírus com genoma RNA pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do ácido ribonucléico (RNA) viral para uma cópia DNA, que pode, então, agregar-se ao genoma do hospedeiro. A estrutura do vírus na figura 01. (BRASIL, 2002).

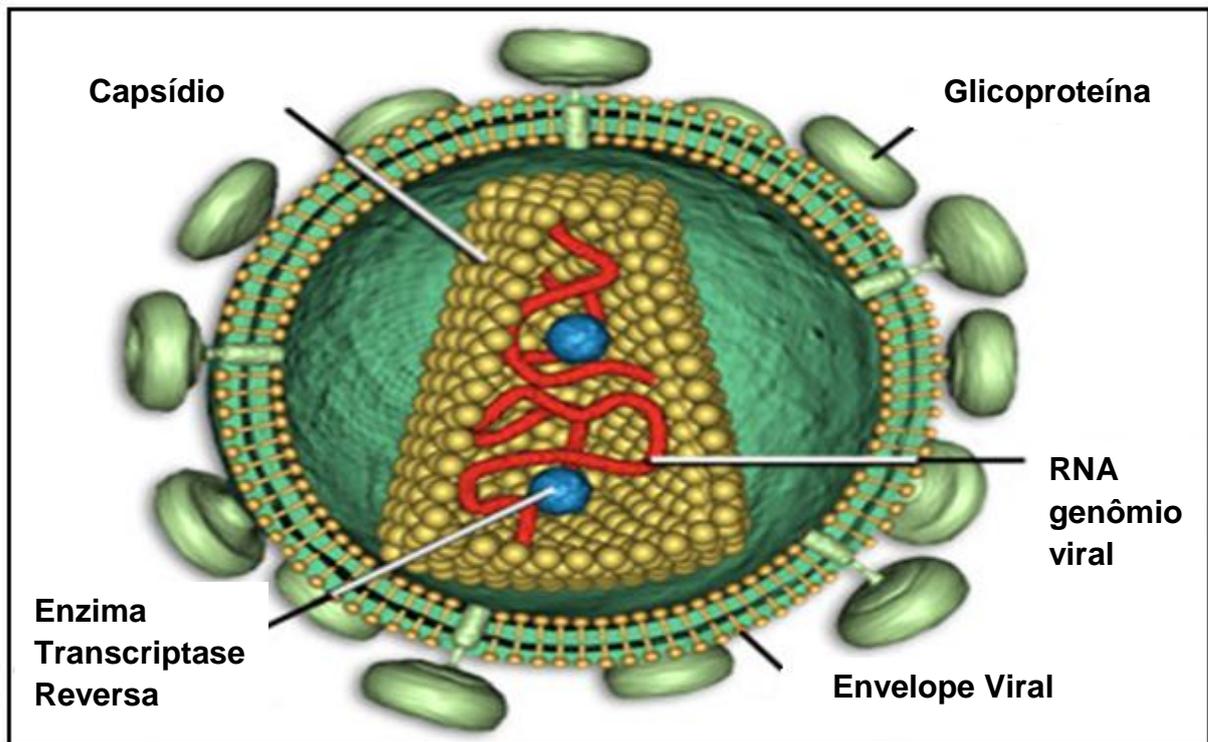


Figura 1 - Esquema da partícula viral do HIV

Fonte: MOLECULAR EXPRESSIONS, 2014

O processo de entrada do vírus HIV inicia com interações de alta afinidade da glicoproteína gp120 do vírus com a superfície dos receptores CD4 das células do hospedeiro como linfócitos T e macrófagos. Esta interação ocasiona mudanças conformacionais na gp120 que promove a participação de co-receptores. Para a entrada do HIV na célula é necessária a ligação com estes co-receptores para ativar mudanças conformacionais na membrana e posterior fusão. Estes primeiros acontecimentos ativam a glicoproteína trimérica gp41 que media a fusão das membranas viral e celular. A fusão leva à injeção do capsídeo do HIV à célula e posterior liberação do seu material genético e de enzimas necessárias para a replicação. Ocorre, então, a transcrição reversa do ácido ribonucléico (RNA) genômico viral (formação do DNA a partir do RNA pela ação da enzima transcriptase reversa do HIV), que culmina na formação de uma dupla hélice de DNA viral. O DNA é transportado para dentro do núcleo celular, onde sofre clivagens específicas e é integrado ao DNA da célula do hospedeiro pela ação da enzima integrase. A ativação da célula hospedeira resulta na transcrição do DNA em RNA mensageiro, que é traduzido em proteínas virais. A enzima protease do HIV é necessária neste

passo para clivar a poliproteína viral precursora em proteínas individuais maduras. O RNA e as proteínas virais agrupam-se na superfície celular como um novo vírion e são liberados para infectar outra célula. Conforme a figura 02 abaixo. (CUNICO, et al, 2008).

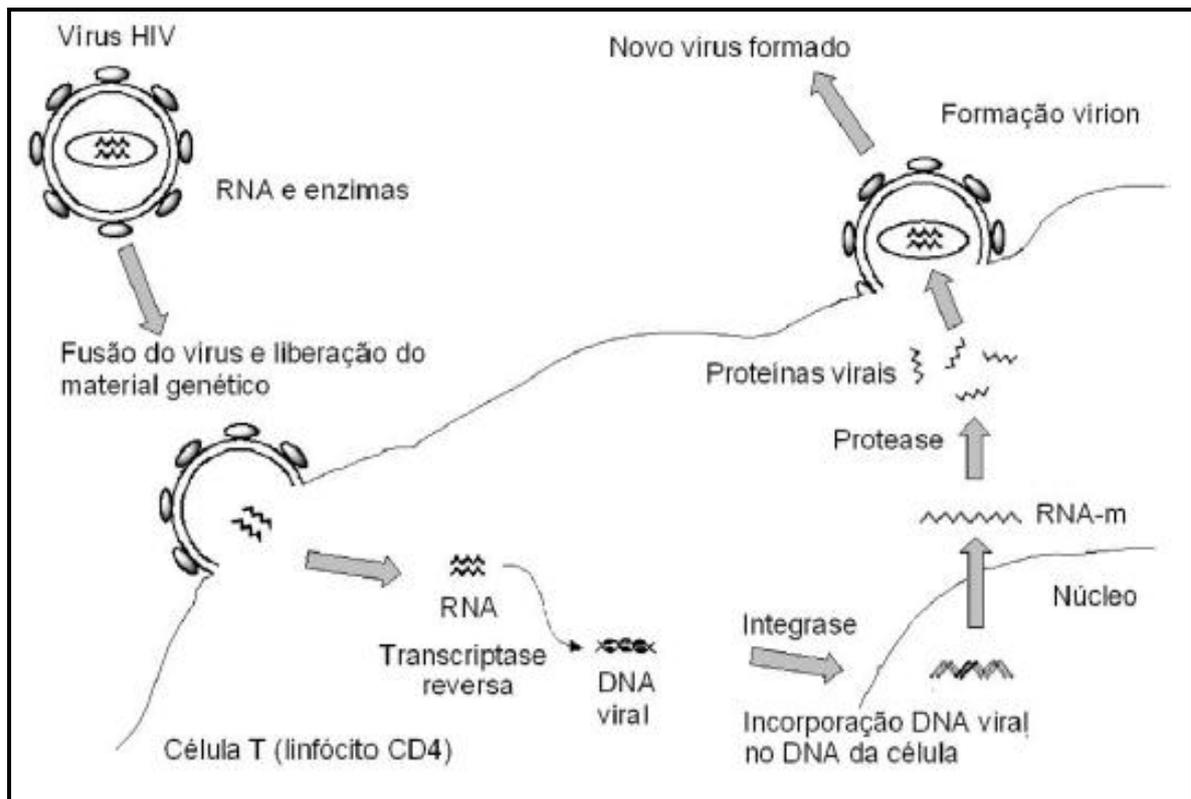


Figura 02 - Ciclo de vida resumido da replicação viral do HIV

FONTE: CUNICO, et al, 2008

4.1.2 O HIV na Transmissão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. No início chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV. É o tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebido. A interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas que não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e

morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. Aparte daí ocorre sintomas iniciais é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a AIDS. Quem chega à quarta fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, em fim sofre com doenças oportunistas. (BRASIL, 2014a).

4.1.3 Aspectos Imunológicos

O nosso sistema imunológico é formado por uma barreira que é composta por milhões de células de diferentes tipos e com diferentes funções, responsáveis por garantir a defesa do organismo e por manter o corpo funcionando livre de doenças. Os linfócitos T CD4+ fazem parte dessas células e são os principais alvos do HIV, vírus causador da AIDS. São esses glóbulos brancos que organizam e comandam a resposta diante dos agressores. Produzidos na glândula timo, aprendem a memorizar reconhecer e destruir os microorganismos estranhos que entram no corpo humano. O HIV liga-se a um componente da membrana dos linfócitos CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças. Quando o organismo não tem mais forças para combater esses agentes externos, a pessoa começa a ficar doente mais facilmente e então se diz que tem AIDS. Esse momento geralmente marca o início do tratamento com os medicamentos antirretrovirais, que combatem a reprodução do vírus. (BRASIL, 2014c).

4.2 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*, é uma doença do sistema imunológico causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O HIV é um retrovírus que pertence à Família *Retroviridae* e do gênero *Lentiviridae*, que possui RNA como material genético. Durante a infecção o principal alvo do vírus HIV é o linfócito TCD4. (JANEWAY, 2002).

O HIV provoca uma infecção persistente em humanos e pode levar ao surgimento da AIDS. Caracterizada pelas manifestações clínicas, como o aparecimento de infecções oportunistas. (VELOSO, et al, 2010).

Os aspectos de quando e como os pacientes infectados pelo HIV irão progredir para a expressão da doença permanecem controversos, sendo que a infecção HIV não determina a AIDS imediatamente. A infecção inicial pelo HIV é assintomática na maior parte dos casos, mas algumas vezes causa uma doença semelhante à influenza, com abundância de vírus no sangue periférico e uma queda marcante dos níveis dos linfócitos TCD4+ circulantes. Essa viremia aguda está relacionada, em virtualmente todos os pacientes, com a ativação dos linfócitos TCD8+ que matam as células infectadas pelo HIV, e subseqüentemente, com a produção de anticorpos. (JANEWAY, 2002).

A infecção pode ser caracterizada por quatro fases. Na primeira fase, ocorre a infecção aguda, que pode ser chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária. Diagnóstico não realizado com freqüência. Isso pode ocorrer de cinco a 30 dias que é o tempo entre a exposição e os sintomas. A segunda fase é assintomática mas contagiosa. Na terceira fase aparece sinais e sintomas aparentes que são: fadiga, o emagrecimento, a sudorese noturna e a trombocitopenia, com intensidade variável. Os processos oportunistas mais frequentes nesta fase são: candidíase oral e vaginal, leucoplasia, pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, diarreia, sinusopatias, herpes simples recorrente, herpes Zoster e podem ser causados por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias. A quarta fase é denominada usualmente de AIDS. É a fase da infecção pelo HIV em que as doenças oportunistas se instalam. São comuns as infecções causadas por microrganismos. Sendo que muitas neoplasias também podem ser

consideradas oportunistas. As infecções oportunistas devem assumir caráter de maior gravidade ou agressividade. (DANTAS, et al, 2009).

O quadro clínico da AIDS é caracterizado em função da contagem sanguínea de linfócitos TCD4+ no indivíduo infectado com o HIV, e da caracterização dos aspectos clínicos relacionadas à infecção com o HIV. (PEÇANHA, 2002).

Esta doença que apresenta tamanho impacto estabelece que os profissionais de saúde estejam familiarizados com seus principais aspectos e sejam capazes de reconhecer as manifestações clínicas da doença e divulgar estratégias para redução da sua transmissão. (BRASILEIRO, 2007).

4.2.1 Histórico da AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi conhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos (EUA), a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram "sarcoma de kaposi", pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais sabem, hoje são características típicas da AIDS. (PINTO, et al, 2007).

Já no Brasil, os primeiros casos de AIDS confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo. Hoje existem aproximadamente 600 mil brasileiros com vírus do HIV. Do total de casos de AIDS mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003 apresentando queda da taxa em 2004. Também é crescente o número de casos de mulheres infectadas com o HIV, esse fato é chamado de feminização da epidemia. Isso decorre do fato de as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis. (PINTO, et al, 2007).

A portaria 236, de dia 2 de maio 1985 o ministro da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública. (SOUZA, et al, 2010).

No ano de 1989, a razão de sexo era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Porém em 2009, chegou a 1,6 casos de homens para cada 1 caso em mulheres. Distinguida como uma epidemia estabilizada e bem-sucedida, a resposta brasileira ao HIV/AIDS, ainda tem alguns desafios. Um exemplo é a realização do diagnóstico precoce, estima-se que 630 mil pessoas têm o vírus no país. No entanto, aproximadamente, 255 mil não sabem ou nunca fizeram o teste de HIV. (BRASIL, 2010).

Em 13 de novembro de 1996, foi sancionada a lei 9.313, que garante aos portadores do vírus HIV e AIDS o direito de receber gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todos os medicamentos necessários ao seu tratamento. Essa lei, além de servir como um instrumento legal para reivindicação de direitos, marca o início de grandes mudanças no âmbito da política de assistência farmacêutica aos portadores de HIV/ AIDS. (SALDANHA, et al, 2009).

Entre os anos de 2005 a 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) distribuía cerca de 3,3 milhões de teste de HIV, ultimamente distribui 8,9 milhões de unidades. Este resultado pode ser entendido no aumento dos testes feitos para o HIV no país, que foi expandida de 23,9% em 1998 para 38,4% em 2008 (BRASIL, 2010).

Em 2000, o Brasil apresentava 31 mil casos por ano, já em 2009, 38 mil casos por ano. Conforme o Ministério da Saúde (2010), com o aumento do número de testes feitos, a tendência é de aumento do número de casos de AIDS no país e consecutivamente, um aumento do número de pessoas em tratamento. A partir da década de 80, o país tem investido em campanhas educativas e de prevenção. Desde 1996, houve um aumento da sobrevivência de indivíduos com infecção pelo HIV, isso se deve à evolução do conhecimento, além dos avanços na terapia e diagnóstico com a terapia combinada de alta potência (HAART). (CARVALHO, et al, 2003).

Assim, entende-se que a assistência integral aos pacientes, o respeito aos seus direitos e à sua dignidade, junto das ações de prevenção, das campanhas, do processo de educação permanente dos profissionais de saúde, da adoção de ações e metas arrojadas têm sido os principais motivos do progresso das respostas, em relação à AIDS, que o País conquistou nos últimos anos. (ENDLICH, ALFANO, 2011).

4.2.2 Aspectos Epidemiológicos

Situações da AIDS no mundo vão ressaltar alguns dados: diariamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV e desde o início da epidemia 20 milhões de pessoas faleceram e até 2010 a doença terá deixado na orfandade aproximadamente 25 milhões de crianças. Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes em todo o mundo. (ROCHA, 2003).

Desde o início da epidemia por HIV na década de 80, essa passou a ser responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a AIDS acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em propagação geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política. (BRASIL, 2006).

No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil. Este valor permaneceram estáveis nos últimos 5 anos. A taxa de detecção nacional foi 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8). Figura 4 mostra a taxa de detecção de AIDS anos de 2003 a 2012 no Brasil. (BRASIL, 2012).

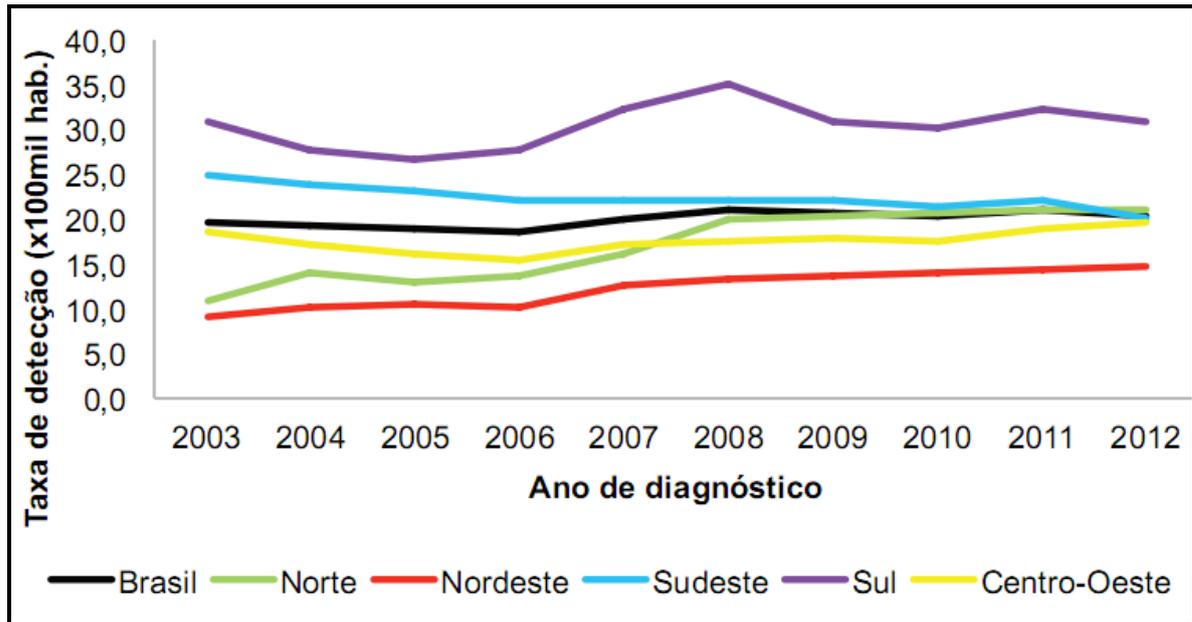


FIGURA 4: Taxa de detecção de AIDS por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012

FONTE: BRASIL, 2012

Autores que fazem análise das tendências da epidemia e seus rumos no Brasil identificaram três direções importantes. Primeiro uma tendência de expansão do número de casos entre populações com baixo nível de renda e escolaridade, chegando a camadas sociais sem nenhuma ou quase nenhuma proteção social, tendência que é denominada por alguns autores como a “pauperização” da epidemia brasileira. Em segundo lugar, apesar de os casos se concentrarem nas áreas urbanas e regiões metropolitanas verificam-se um processo de “interiorização” da infecção no País, para municípios de médio e pequeno porte. Por último e podendo ser considerado o mais grave, consubstanciando a assim chamada “feminização” da epidemia, cresce significativamente o número de mulheres infectadas pelo HIV. (PINTO, et al, 2007).

4.2.3 Tratamento da Infecção

O rápido avanço no desenvolvimento do tratamento antirretroviral ocasionou à introdução em 1996 do tratamento antirretroviral ativo. Este por sua vez, revolucionou o tratamento da infecção pelo HIV, promovendo eficácia e diminuição ao risco de resistência medicamentosa. Apesar do tratamento não promover a cura

da infecção pelo HIV, o seu uso contínuo deriva a supressão quase total da replicação viral. (ACURCIO; GUIMARÃES, 1999).

A terapia com antirretrovirais tem como objetivo a preservação e/ou reversão à destruição imunitária e a eficácia da prevenção de infecções e neoplasias causada pelo HIV, melhorando a qualidade de vida e o aumento da sobrevida do paciente. (BRASILEIRO, 2007). Assim, tornando eficaz seu tratamento, resultante de uma decrescente da carga viral e restauração do funcionamento do sistema imune, beneficiando pacientes soropositivos. (BASTOS, 2006).

Em 1996, após a introdução da distribuição de medicamentos antirretrovirais pelo SUS no Brasil, houve elevados índices de replicação, mutação e resistência do vírus, onde em consequência avançaram na combinação da terapia dos antirretrovirais. (ACURCIO, GUIMARÃES, 1999).

No ano de 1993 o Brasil começou a fabricar antirretrovirais. Iniciou com a Zidovudina, conhecida como AZT. Atualmente, o Brasil tem condições de produzir nove antirretrovirais que são: Zidovudina (comprimido de 100mg, soluções oral e injetável), Didanosina (comprimidos de 100mg, 25mg e pó para preparação extemporânea); associação Zidovudina e Lamivudina (comprimido de 300mg + 150mg), Lamivudina (comprimido de 150mg e solução oral); Estavudina (comprimido de 40mg e 30mg e pó para solução oral); Indinavir (comprimido de 400mg); Nevirapina (comprimido de 200mg); Ritonavir (comprimido de 100mg) e Efavirenz (comprimido de 600mg). Em maio de 2010, o Ministério da Saúde anunciou o início da produção do Tenofovir. (ENDLICH, ALFANO, 2011).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a ser pioneiro na política pública de acesso ao tratamento antirretroviral, e destacou-se por ser o primeiro no plano internacional e provou ser possível atuar na dinâmica dos preços dos medicamentos no mercado, estimular debates públicos sobre o assunto, anunciar os custos do tratamento nos meios de comunicação. (NUNN, et al, 2009).

A Lei 9.313 de 13 de novembro 1996, por meio do (SUS), garante o direito de receber gratuitamente todos os medicamentos de necessidade aos portadores de HIV/AIDS, essa lei marca o início de grandes mudanças no âmbito da política de assistência farmacêutica aos pacientes, e serve como um instrumento legal para reivindicação de direitos humanos. Como decorrência houve instalação de um sistema logístico de medicamentos envolvendo três esferas de governo que são seleção, programação, aquisição, distribuição e uso racional (BRASIL, 1996).

Conforme a Portaria 176 de 8 de março de 1999, o MS tornar-se responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos antirretrovirais. Ficando assim, a função das secretarias Estaduais e Municipais de saúde a oferta dos medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas em consequência das infecções pelo vírus HIV. (BRASIL, 2002).

4.3 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE)

O SAE é o serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais, e tem por objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar com a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos (DANTAS, 2012).

Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, unidades básicas de saúde (UBS), policlínicas em doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV/AIDS. Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e AIDS. Para a redução da mortalidade e morbidade dos pacientes com HIV/AIDS é de grande importância a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e o diagnóstico precoce. (BRASIL, 2014b).

4.3.1 Farmacêutico no SAE

A política de atenção farmacêutica proposta pelo SAE às pessoas vivendo com HIV/AIDS sugeriu conciliar as ações de assistência, prevenção, direitos humanos e participação social buscando promover atenção integral à saúde

agregando a dimensão de qualidade de vida como um dos objetivos centrais do cuidado. A importância e a complexidade do tratamento medicamentoso bem como o dinamismo com que são incorporados novos fármacos evidenciam a relevância do acesso e uso racional dos medicamentos que compõem este segmento. O Farmacêutico possui várias atribuições no SAE, tais quais como: realizar a consulta farmacêutica ou o atendimento farmacêutico individual ao paciente em tratamento com antirretrovirais enfatizando aspectos relevantes quanto ao uso desses medicamentos; participar da equipe de aconselhamento, junto a outros membros do SAE, fazer teste rápido de HIV em campanhas de prevenção, aconselhamento e entrega de resultados de exames; solicitar e proceder a dispensação do componente especializado; supervisionar o controle de estoque de medicamentos; realizar dispensação de medicamentos para pacientes HIV internados em hospitais cadastrados; participar de grupos de adesão assistência farmacêutica para pacientes em uso de antirretrovirais, com ênfase aos usuários iniciantes. (SÃO PAULO, 2013).

Trabalho implantado no Projeto de Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Rio de Janeiro, Brasil, diz que é relevante considerar a importância da orientação para a adesão do paciente ao tratamento e para ensinar quanto aos cuidados necessários à maior efetividade terapêutica, enfatizando a importância do farmacêutico no período da dispensação dos medicamentos fornecendo estas informações. (EMMERICK, 2004).

4.3.2 Atenção Farmacêutica e Adesão do Paciente ao Tratamento

A Atenção Farmacêutica é entendida como um modelo de prática profissional desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, de acordo com a proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, tem como principal beneficiário o paciente, na finalidade de melhorar sua qualidade de vida. (OLIVEIRA et al, 2005; ENDLICH, ALFANO, 2011).

A Atenção Farmacêutica a pacientes vivendo com HIV/AIDS tem se demonstrando importante, principalmente no que diz respeito em melhorar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, o qual é longo e complexo. (FIGUEREDO, et al, 2001; ENDLICH, ALFANO, 2011).

O acesso dos pacientes portadoras do HIV/AIDS a uma assistência farmacêutica de qualidade representa um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente em países subdesenvolvidos. (OLIVEIRA, et al, 2002).

Para uma satisfatória adesão ao tratamento de pacientes com HIV/AIDS, isso não inclui à simples ingestão de medicamentos. Podemos dizer então que a adesão tem um sentido mais abrangente, está vinculada aos aspectos relacionados ao estilo e à qualidade de vida, envolvendo além da tomada dos medicamentos, um conjunto de ações, a disponibilização de acesso aos serviços e o vínculo com os profissionais de saúde, a garantia de serviços de referência e contra-referência, a frequência e a realização dos exames, os cuidados com a alimentação e higiene, a adequação aos hábitos, o acesso à informação, o conhecimento e a aceitação da condição clínica, a regularidade nas consultas, a retirada dos medicamentos na farmácia, além do uso de medidas de prevenção secundária. (BRASIL, 2008).

A adesão deve ser contínua e conjunta entre o indivíduo e os profissionais de saúde, sendo que cada qual tem uma parte de responsabilidade. Isso implica a construção de um vínculo entre o paciente e a equipe multidisciplinar que o assiste. (ENDLICH, ALFANO, 2011).

A adesão terapêutica é importante no tratamento da infecção pelo HIV. A adesão terapêutica leva a uma diminuição da carga viral, quando se omite uma dose do medicamento, pois, mesmo que seja apenas uma vez, o vírus tem a oportunidade de reproduzir-se mais rapidamente. Portanto, manter a multiplicação do vírus ao mínimo é fundamental para prevenir as doenças oportunistas. A adesão ao tratamento previne a resistência ao medicamento, pois, quando se omite doses, podem desenvolver-se cepas de HIV resistentes aos medicamentos que estão sendo administrados. Portanto, a administração correta dos medicamentos aumenta a probabilidade de êxito do tratamento (MUNÔS, et al, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS foi descoberta nos anos 80 ate o ano de 2010 já faleceu mais de 20 milhões de pessoas devido complicação por serem portadores do HIV/AIDS.

Atualmente o SAE é de fundamental importância na assistência aos portadores de HIV/AIDS e a participação do farmacêutico é de grande importância na equipe multiprofissional deste programa do MS.

Cabe ao farmacêutico orientar o paciente garantindo a adesão ao tratamento. A adesão é o único modo de garantir o acompanhamento e o tratamento da infecção pelo HIV/AIDS. Sendo essencial para alcançar os objetivos da terapia antirretroviral de supressão máxima, melhora da qualidade de vida, reconstituição imunológica e redução das doenças oportunistas.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco A. GUIMARAES, Mark D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Revista Saúde Pública**. 1999, vol.33, n.1, pp. 73-84. ISSN 0034-8910.

BASTOS, Inácio Bastos. AIDS na terceira década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL, 2014a. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**: Disponível em < http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaid > Acesso em 14 Maio 2014.

BRASIL, 2014b. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**: Disponível em < www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaid > Acesso em 23 Setembro 2014.

BRASIL, 2014c. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**: Disponível em < <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-sistema-imunologico> > Acesso em 23 Setembro 2014.

BRASIL. **Boletim Epidemiologica De Hiv-Aids 2012**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013. Ano II – nº 01, até semana epidemiológica 26º - dezembro de 2013. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf > Acesso em 02 setembro 2014.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids Brasil 2006**. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília-DF. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2007_internet090108.pdf> Acesso em: 2 setembro de 2014.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids-Dst 2010**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>> Acesso em: 23 março 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <[HTTP://www.Aids.gov.br/assitencial/lei9313.htm](http://www.Aids.gov.br/assitencial/lei9313.htm)>. Acesso em 23 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS 2002**; Ano XVI, nº 01. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Boletim_Abril_dezembro_2002.pdf> Acesso em: 02 de Abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84 1ª edição 2008. Brasília – DF. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../manual_adesao_tratamento_hiv.pdf> Acessado em: 02 de abril de 2011.

BRASIL. **Portaria nº 176/GM, de 8 de Março de 1999**. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0176.html>>. Acesso em: 06 de abril de 2014.

BRASILEIRO, Filho; BOGLIOLO G. **Patologia**. pg. 1289 -1319, capítulo 32, 7ª Ed. Rio de Janeiro: 2007.

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

CUNICO Wilson. et al. HIV – recentes avanços na pesquisa de fármacos. **Instituto de Tecnologia em Fármacos**. Farmanguinhos, R. Sizenando Nabuco, 100, 21041-250 Rio de Janeiro - RJ, Brasil. 2008.

DANTAS, Auxiliadora Martins Gidrão. Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE). Município de Barra do Garças, MT. Ministerio da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca (ENSP). Abril de 2012.

DANTAS, Eliane Amarilha de Souza. SILVA, Raquel Geni; CURI, Silviane Del Conte. As causas que conduzem à resistência ao tratamento anti-retroviral. **Revista Saúde e Pesquisa**. 2009, vol. 02, N° 01, p.. 33-40.

EMMERICK Isabel Cristiane Martins. Abordagens metodológicas para a avaliação da qualidade da dispensação de medicamentos (tese). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004 p. 60.

ENDLICH, Arlene. ALFANO, Dayane Piva. A Importância Da Atenção Farmacêutica Na Adesão Aos Tratamentos Com Antirretrovirais Em Portadores De HIV/AIDS. Faculdade Católica Salesiana Do Espírito Santo. Espírito Santo, VITÓRIA. 2011.

FIGUEREDO. Rosely Moralez. et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: Dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.4, p.50-5, 2001.

ICTV- International committee on taxonomy of viruses, 2013. Disponível em: <http://ictvonline.org/virusTaxonomy.asp> >Acesso em 26 de agosto de 2014.

JANEWAY, Charlis A.; TRAVESR, Paul; WALPORT, Mark. Imunobiologia: O sistema imune na saúde e na doença. 5. ed. Porto Alegre: Editora Artmed 2002.

MUÑOS, Pedro Amariles. ALZATE, Newar Andres Giraldo. ORTEGA, Erica, Susana Henao. **Guía de actuación farmacéutica en pacientes con VIH/SIDA**. Colombia: Maria José Faus Dáder Editora, 2006. p. 77-78.

NUNN, A.S. et al. Tratamento de AIDS no Brasil: Impactos e Desafios. **Health Affairs**. [S.l.], v. 28, n. 4, p.1103-13, 2009.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz. et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev. Bras. Ciências Farmacêuticas**. 2005, vol.41, n.4, pp. 409-413. ISSN 1516-9332. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322005000400002&script=sci_arttext > Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. 2002, vol.18, n.5 [cited 2014-11-19], pp. 1429-1439.

PEÇANHA, Emerson Poley. ANTUNES, Octavio. Estratégias farmacológicas para a terapia anti-AIDS. **Revista Química Nova**, Rio de Janeiro 2002; 25, (6B):.1108-1116.
PINTO, Agnes Caroline. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST- J Brás Doenças Sex Transm** 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. P. 34-40.

SALDANHA, Juliana S.; ANDRADE, Claudia S.; BECK, Sandra T. Grau de adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. **Revista Saúde Santa Maria**. (online), vol. 35, n 1: p 4-9, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Assistência Farmacêutica. São Paulo, SP, 2013. 124 p.

SOUZA Bruna Maria Bezerra. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *J Manag Prim Health Care* 2010; 1(1):23-26.

VELOSO, A, C, R; FINK, H, T, K; LIMA, L, M, P. Resistência genótipo do Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 aos antirretrovirais. **Com. ciências Saúde.** 2010; 21(1): 49-60.