



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES
VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

**STATUS IMUNO-UIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV POR
OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS

Rio de Janeiro

2025

**STATUS IMUNO-UIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV POR
OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação submetida como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Infecção HIV/AIDS e
Hepatites Virais.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia de Freitas

Co-orientador: Prof. MsC. Marcos Davi Gomes de Sousa

Rio de Janeiro

2025

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

MM425b Matias, Bruno Ricardo Rocha
STATUS IMUNO-VIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV
POR OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / Bruno Ricardo
Rocha Matias. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
107

Orientadora: Vera Lúcia Freitas.
Coorientador: Marcos Davi Gomes de Sousa.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção
HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2025.

1. Perda de Seguimento. 2. Adesão à Terapia
Antirretroviral. 3. Pessoas que Vivem com HIV. I. Freitas,
Vera Lúcia, orient. II. Sousa, Marcos Davi Gomes de,
coorient. III. Título.

MATIAS, BRUNO. STATUS IMUNO-UIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV POR OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Bruno Ricardo Rocha Matias – Rio de Janeiro (RJ): UNIRIO/PPGHIV/HV, 2025. N°. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais.

Aprovação: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Freitas - Orientadora

Prof. MSc. Marcos Davi Gomes de Sousa - Coorientador

Prof. Dr. Renato França da Silva - Examinador Externo

Prof. Dr. Antonio Macedo D’Acri - Examinador interno

Prof.^a Dr.^a Rosa Gomes dos Santos - Suplente externo

Prof.^a Dr.^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza - Suplente interno

RESUMO

A perda de seguimento entre pessoas que vivem com HIV (PVHIV) constitui um fenômeno complexo que compromete a eficácia terapêutica e a efetividade da resposta ao HIV. Entretanto, apesar da ampla disponibilidade de tratamento gratuito no Brasil, ainda existem obstáculos à adesão sustentada à terapia antirretroviral (TARV). O presente estudo empregou uma metodologia observacional, transversal e descritiva, com análise quantitativa de dados secundários obtidos a partir do Sistema de Monitoramento Clínico de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC), do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O objetivo foi descrever o status imuno-viológico das PVHIV matriculadas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), vinculadas à Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), que se encontravam em perda de seguimento por um período superior a 100 dias entre janeiro de 2011 e junho de 2024. Foram identificados 287 casos de perda de seguimento, com um crescimento expressivo em 2023, ano em que se concentraram 25,8% dos registros do período analisado. A média de tempo transcorrido desde a última retirada da TARV até a conclusão do estudo foi de aproximadamente 1.330 dias. O perfil predominante dos pacientes era do sexo masculino (66,2%), com faixa etária entre 30 e 49 anos e com residência no município do Rio de Janeiro. Os esquemas antirretrovirais mais utilizados por ocasião da perda de seguimento foram aqueles contendo Dolutegravir (18,5%), Efavirenz (12,2%) e Lopinavir/r (11,1%). Em relação ao status imunológico, a mediana de linfócitos TCD4 foi de 308 células/mm³, com 34% dos pacientes apresentando contagem inferior a 200 células/mm³, o que indica uma vulnerabilidade clínica acentuada. No que diz respeito à carga viral, 62,7% dos pacientes revelaram valores detectáveis, o que evidencia falha na supressão viral. Apenas 13,9% dos casos foram submetidos a exames de genotipagem, dos quais metade apresentou mutações, com destaque para os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN). A análise identificou que a maioria dos pacientes não realizou genotipagem, o que dificulta a elucidação da dinâmica da falha terapêutica associada à perda de seguimento. Além disso, os dados de linfócitos TCD4 e carga viral mais próximos ao momento da perda de seguimento sugerem um padrão de saúde fragilizado, com proporção significativa de pacientes apresentando baixa contagem de TCD4 e carga viral detectável. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias proativas de vigilância clínica e de intervenções direcionadas para a manutenção do vínculo com o serviço de saúde. Conhecer o perfil das PVHIV em perda de seguimento é necessário não apenas para compreender os fatores que motivam o afastamento do tratamento, mas também para planejar ações de reengajamento mais eficazes, direcionar intervenções precoces, fortalecer políticas públicas e ampliar o acesso equitativo à atenção integral. Tais estratégias proativas são importantes para prevenir a progressão da doença, reduzir a transmissão do HIV e colaborar diretamente para o alcance das metas de supressão viral estabelecidas por organismos nacionais e internacionais, bem como para o controle da epidemia.

Palavras Chaves: Pessoas Vivendo com HIV - Perda de Seguimento - Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia - Aderência à Medicação - Sistemas de Informação em Saúde

ABSTRACT

Loss to follow-up among people living with HIV (PLHIV) is a complex phenomenon that compromises therapeutic efficacy and the effectiveness of the HIV response. Despite the widespread availability of free antiretroviral therapy (ART) in Brazil, there are still significant barriers to sustained adherence. This study employed an observational, cross-sectional and descriptive methodology, with quantitative analysis of secondary data obtained from the Clinical Monitoring System for People Living with HIV/AIDS (SIMC), the Laboratory Test Control System (SISCEL), and the Medication Logistics Control System (SICLOM). The objective was to describe the immunovirological status of PLHIV enrolled at the Gaffrée and Guinle University Hospital (HUGG), linked to the Antiretroviral Dispensing Unit (UDM), who were in loss to follow-up for more than 100 days between January 2011 and June 2024. A total of 287 cases of loss to follow-up were identified, with a marked increase in 2023, which accounted for 25.8% of all cases recorded during the study period. The mean time elapsed between the last ART refill and the end of the study was approximately 1,330 days. Most patients were male (66.2%), aged between 30 and 49 years, and residing in the city of Rio de Janeiro. The most commonly used antiretroviral regimens at the time of treatment discontinuation included Dolutegravir (18.5%), Efavirenz (12.2%), and Lopinavir/r (11.1%). Regarding immunological status, the median CD4⁺ T cell count was 308 cells/mm³, with 34% of patients presenting counts below 200 cells/mm³, indicating marked clinical vulnerability. In terms of viral load, 62.7% of patients had detectable levels, suggesting failure to achieve viral suppression. Genotypic resistance testing was performed in only 13.9% of cases, with mutations detected in half of them, particularly involving non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs). The limited availability of genotyping hampers a comprehensive understanding of the dynamics of treatment failure associated with loss to follow-up. Moreover, CD4⁺ T cell counts and viral load results closest to the time of disengagement from care suggest a deteriorating clinical status, with a significant proportion of patients exhibiting low CD4 counts and detectable viral load. These findings underscore the need for proactive clinical surveillance strategies and targeted interventions to maintain patient engagement in care. Understanding the profile of PLHIV lost to follow-up is essential not only to identify the underlying causes of treatment discontinuation, but also to guide effective re-engagement strategies, promote early interventions, strengthen public health policies, and expand equitable access to comprehensive care. Such proactive strategies are critical for preventing disease progression, reducing HIV transmission, and achieving national and international viral suppression targets, thereby contributing to epidemic control.

Keywords: People living with HIV - Loss to Follow-Up - Antiretroviral Therapy Highly Active - Patient Compliance - Health Information Systems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC - Lamivudina

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV - Antirretroviral

ATV/r - Atazanavir / Ritonavir

CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CD4 - Cluster of Differentiation 4

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CV - Carga Viral

DCCI - Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DRV/r - Darunavir / Ritonavir

DTG - Dolutegravir

EFV - Efavirenz

HBV - Vírus da Hepatite B

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV - Vírus Linfotrópico de Células T Humanas

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILTB - Infecção latente por tuberculose

IMC - Índice de massa corpórea

INI - Inibidores da Integrase

IP/r - Inibidor da Protease Reforçado com Ritonavir

ITRN - Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleos(t)ídeos

ITRNN - Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos

LAPIA - Laboratório de Pesquisa em Imunologia e Aids

LF-CrAg - Teste de Fluxo Lateral (para) Antígeno Criptocócico

LF-LAM - Teste de Fluxo Lateral (para) Lipoarabinomanano

LT-CD4 - Linfócitos T - CD4

NVP - Nevirapina

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVHIV - Pessoas que Vivem com HIV

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIMC - Sistema de Informação e Monitoramento Clínico

SIRI - Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SISREG - Sistema de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TB - Tuberculose

TCD4 - Linfócitos T Auxiliares CD4

TDF - Tenofovir

TFGe - Taxa de Filtração Glomerular Estimada

TPT - Terapia Preventiva da Tuberculose

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	04
2.1 Objetivo Geral.....	04
2.2 Objetivos Específicos.....	04
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	05
3.1 Definições e Magnitude.....	05
3.2 Epidemiologia do HIV/aids.....	07
3.3 Terapia Antirretroviral: Evolução, Objetivos e Importância da Continuidade.....	11
3.4 Perda de Seguimento do Tratamento Antirretroviral.....	13
3.4.1 Fatores Associados à Perda de Seguimento.....	16
3.4.1.1 Fatores Sociodemográficos, Comportamentais e Psicossociais..	16
3.5 Fatores Clínicos e Relacionados ao Tratamento.....	18
3.5.1 Abordagem Inicial ao Paciente com HIV.....	18
3.6 Investigação de Tuberculose em PVHIV.....	23
3.7 Investigação da Doença Criptocócica em PVHIV.....	23
3.8 O Início da TARV.....	24
3.8.1 O Início da TARV na Coinfecção TB-HIV.....	26
3.8.2 O Início da TARV na Meningite Criptocócica.....	28
3.8.3 O Início da TARV em “Controladores de Elite”.....	29
3.9 A TARV como Prevenção da Transmissão do HIV.....	29
3.10 Genotipagem Pré Tratamento.....	30
3.11 TARV em mulheres que expressam desejo de engravidar.....	30
3.12 Monitoramento das Pessoas Vivendo com HIV/aids.....	30
3.12.1 Periodicidade das Consultas.....	30
3.12.2 Monitoramento Laboratorial da Infecção pelo HIV.....	32
3.12.3 Monitoramento da Contagem de CD4.....	32
3.12.4 Monitoramento da Carga Viral do HIV.....	33
3.12.5 Exames e Avaliações Complementares no Seguimento Clínico...	34
3.13 A Falha da TARV	36
3.14 A Falha Viroológica.....	37
3.15 Estudos Prévios sobre o Impacto Imuno-Viológico e Aspectos Sócio-Demográficos em PVHIV que Abandonaram a TARV.....	38
4. METODOLOGIA.....	43
4.1 Tipo de Estudo	43
4.2 Contexto	43
4.3 Participantes da Pesquisa.....	44
4.4 Definição de Caso de Perda de Seguimento.....	44

4.5 Critérios de Inclusão.....	45
4.6 Critérios de Exclusão.....	45
4.7 Coleta e Análise dos Dados.....	45
4.7.1 Fontes dos Dados.....	45
4.7.2 Identificação dos Pacientes em Óbito.....	46
4.7.3 Elaboração do Banco de Dados da Pesquisa.....	46
4.7.4 Contagem de linfócitos TCD4+ e Carga Viral do HIV.....	47
4.7.5 Identificação dos Pacientes de Outros Serviços.....	48
4.8 Análise Estatística.....	49
4.9 Aspectos Éticos da Pesquisa	50
5. PRODUÇÃO TECNOLÓGICA.....	50
6. FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	51
7. RESULTADOS.....	52
8. DISCUSSÃO.....	66
9. CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A: Distribuição dos principais esquemas antirretrovirais utilizados pelas PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário (2011-2024).....	89
APÊNDICE B: Produto Tecnológico: Folder Informativo “É POSSÍVEL CONVIVER BEM COM O HIV!”	90
APÊNDICE C: Produto Tecnológico: VÍDEO ACESSÍVEL QUE TRADUZ O FOLDER INFORMATIVO “ É POSSÍVEL CONVIVER BEM COM O HIV!”	91
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	92
ANEXO B: TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEL (IS).....	96

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 habitantes), segundo região de residência, por ano de diagnóstico de 2013 a 2023.....	10
Figura 2 – Sinais clínicos que podem estar relacionados à infecção pelo HIV e que devem ser investigados no exame físico inicial.....	21
Figura 3 – Fluxograma do estudo.....	52
Figura 4 – Distribuição das perdas de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o sexo ao nascer. 2011-2024.....	55
Figura 5 – Distribuição das perdas de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o ano (2011-2024).....	56
Figura 6 – Distribuição das PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com o município de residência (2011-2024).....	58
Figura 7 – Distribuição dos principais esquemas antirretrovirais utilizados pelas PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário 2011-2024.....	63
Figura 8 – Distribuição das mutações de resistência aos antirretrovirais em PVHIV em perda de seguimento em um Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro (2011-2024).....	64
Figura 9 – Frequência das mutações de resistência de PVHIV em perda de seguimento em um Hospital Universitário Federal (2011-2024).....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos Casos de HIV Notificados no Brasil em 2023 por Região Geográfica.....	07
Quadro 2 – Casos de HIV notificados no Brasil em 2023 por raça/cor autodeclarada e sexo	08
Quadro 3 – Roteiro para abordagem inicial de pacientes com HIV	19
Quadro 4 – Exames complementares para a abordagem inicial.....	22
Quadro 5 – Esquema de TARV inicial para adultos.....	25
Quadro 6 – Esquemas de TARV inicial para adultos vivendo com TB e HIV.....	26
Quadro 7 – Recomendação de periodicidade de consultas médicas para pessoas vivendo com HIV.....	31
Quadro 8 – Recomendação de periodicidade para monitoramento laboratorial de CD4.....	32
Quadro 9 – Recomendação de periodicidade para monitoramento laboratorial de carga viral do HIV.....	33
Quadro 10 – Recomendação de periodicidade de exames e avaliações complementares no seguimento clínico de pessoas vivendo com HIV.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição geral das variáveis do estudo.....	53
Tabela 2 – Perda de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o tempo de duração. 2011-2024.....	55
Tabela 3 – Distribuição das PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com sexo e faixa etária (2011-2024).....	57
Tabela 4 – Distribuição da contagem de linfócitos TCD4+ de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um hospital universitário federal, de acordo com o sexo (2011-2024).....	59
Tabela 5 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com o sexo (2011-2024).....	59
Tabela 6 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa etária (2011-2024).....	60
Tabela 7 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa de abandono (2011-2024).....	61
Tabela 8 – Distribuição da faixa de CD4 de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa de abandono (2011-2024).....	62

1. INTRODUÇÃO

Apesar de medicamentos promissores disponíveis atualmente para o tratamento do HIV/aids, com excelentes resultados clínicos, os benefícios somente são estabelecidos pela adequada adesão ao tratamento. Essa adesão reduz o risco de falha virológica, o desenvolvimento de cepas virais resistentes e da progressão para aids, amplia a sobrevida do paciente e melhora sua qualidade de vida (Remien et al., 2007).

Perno e colaboradores (2002) discutem que uma adesão em níveis ótimos leva a uma replicação mínima de vírus e a uma rara mutação espontânea. Por isso, é importante que membros da equipe de saúde trabalhem com o paciente a importância da adesão à medicação, seja no momento da dispensa da medicação na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), na coleta de um exame, na consulta médica ou de enfermagem (Seidl et al., 2007; Brasil, 2013). De acordo com Castanheira (2002), as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) devem ser orientadas pelos profissionais da saúde, com linguagem de fácil compreensão, informando a importância da Terapia Antirretroviral (TARV) para as suas vidas, sendo importante ressaltar a adesão ao tratamento.

Foi descrito que a adesão de pelo menos 95% ao tratamento prescrito é necessária para que este seja efetivo e mantenha a carga viral (CV) não detectável (Santos, 2011).

Essa situação de CV indetectável permite que as PVHIV permaneçam saudáveis, tenham a expectativa de vida semelhante ou muito próxima aos não portadores e impede a transmissão, tendo em vista o conhecimento atual de que PVHIV com carga viral indetectável não transmitem o vírus (Unaid, 2024).

O tratamento para o HIV deve perdurar durante toda a vida e sua eficácia depende da adesão dos pacientes ao TARV (Santos, 2011). Os métodos mais utilizados para avaliar essa adesão são a contagem de comprimidos, monitoramento eletrônico, resposta clínica, registros farmacêuticos, autorrelato, contagem de linfócitos TCD4 e da CV. Alguns fatores como o diagnóstico precoce, o regime terapêutico, a doença, acesso, qualidade e organização dos serviços de saúde, além

da situação social e econômica desse paciente podem ser determinantes para a adesão ao tratamento (Brasil, 2008; Polejack; Seidl, 2010).

A efetividade do cuidado às PVHIV requer uma abordagem multidisciplinar que promova a integração entre os diferentes profissionais de saúde, assegurando uma atenção ampliada e integral. Essa perspectiva considera as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas no processo de viver com HIV e aids. Nesse contexto, o fortalecimento do vínculo entre a equipe multiprofissional e o usuário constitui um elemento central para o êxito do acompanhamento e da adesão terapêutica, uma vez que promove sentimentos de segurança, acolhimento e respeito, além de favorecer a expressão de dúvidas e preocupações relacionadas ao tratamento e à convivência com a infecção (Romeu et al., 2012).

A não adesão ou baixa adesão ao tratamento e o uso incorreto da TARV são considerados uma forte ameaça para a efetividade do tratamento. Essa questão, além de estar relacionada diretamente à falência terapêutica, facilita a proliferação de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes, implicando na necessidade de utilização de combinação de outras drogas, o que pode comprometer ainda mais a adesão (WHO, 2015; Foresto et al., 2017).

A PVHIV em abandono de tratamento e/ou acompanhamento é uma futura candidata ao adoecimento, internação hospitalar e mesmo ao óbito, contribuindo para o aumento dos custos associados ao cuidado, além do comprometimento da qualidade de vida pessoal, familiar e social da mesma. Ademais, contribui para a manutenção da cadeia epidemiológica de transmissão deste agravo (Mandu et al., 2022).

Conhecer o quantitativo, bem como o status imuno-viológico destes usuários, poderá embasar os gestores do serviço quanto à realização de medidas de intervenção precoce frente ao conhecimento do abandono, bem como à busca ativa desses pacientes.

A compreensão do perfil das PVHIV em perda de seguimento vinculadas a um hospital universitário do Rio de Janeiro é importante para o fortalecimento das políticas de atenção integral e continuidade do cuidado. O fenômeno da perda de seguimento representa um desafio persistente para o Sistema Único de Saúde

(SUS), uma vez que está associado à piora clínica, aumento da carga viral, risco de transmissão e elevação dos custos assistenciais. Nesse contexto, conhecer as características sociodemográficas, imunológicas e virológicas dessa população permite identificar grupos mais vulneráveis ao abandono do tratamento e direcionar ações específicas de busca ativa, acolhimento e reinserção no acompanhamento clínico.

Além disso, o estudo ao revelar um padrão de perda de seguimento prolongado, evidencia a necessidade de intervenções que ultrapassem as abordagens tradicionais centradas apenas no início da terapia, abrangendo todo o ciclo de cuidado. Essa análise fornece subsídios para a construção de políticas mais robustas de retenção e reengajamento terapêutico, articulando vigilância, assistência e gestão em saúde.

Assim, este estudo se justifica por sua contribuição direta à ampliação do conhecimento sobre o abandono terapêutico, ao aprimoramento das estratégias de adesão e retenção no cuidado, à prevenção de falhas terapêuticas e ao fortalecimento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/aids no âmbito do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Descrever o perfil imuno-virológico das PVHIV, com matrícula em um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro e vinculadas à respectiva Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), que estavam em perda de seguimento do tratamento antirretroviral há mais de cem dias no período de 01/01/2011 a 04/06/2024.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar o quantitativo global e anual de pacientes que se encontravam em perda de seguimento na data da geração da planilha.
- Estimar a média de tempo (em dias) do abandono do tratamento até o final do período estudado.
- Descrever aspectos sócio-demográficos das PVHIV em perda de seguimento.
- Descrever o esquema antirretroviral em uso e as mutações de resistência por ocasião da perda do seguimento.
- Descrever a contagem de linfócitos TCD4 e carga viral do HIV mais próxima da perda do seguimento.
- Notificar à UDM os pacientes em óbito.
- Elaborar um folder ilustrado, direcionado às PVHIV vinculadas ao ambulatório de imunologia, com conceitos sobre qualidade de vida e adesão ao tratamento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definições e Magnitude

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) provoca, de forma gradual, o enfraquecimento do sistema imunológico, deixando o organismo mais suscetível a diversas infecções e doenças que, em condições normais, seriam combatidas com eficácia por um sistema imunológico saudável. Quando essa deterioração atinge um grau mais severo, evidenciado pela presença de infecções oportunistas ou determinados tipos de câncer, geralmente associados a uma contagem de linfócitos CD4 inferior a 200 células por milímetro cúbico, caracteriza-se o estágio conhecido como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Segundo a Organização Mundial da Saúde, trata-se da fase mais avançada da infecção pelo HIV, considerada uma condição clínica grave e potencialmente fatal, embora passível de tratamento eficaz mediante acesso contínuo à terapia antirretroviral (WHO, 2025).

Desde a sua apresentação na Califórnia em 1981, a aids gerou um impacto considerável na saúde pública devido ao seu caráter instável e letal. Globalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava cerca de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no início de 2020 (WHO, 2025). No Brasil, os primeiros casos de aids foram identificados na década de 80, e nos últimos cinco anos, o país registra uma média de 39 mil novos casos anualmente (Ellwanger et al., 2024).

A aids é a manifestação da infecção pelo HIV, um retrovírus que afeta primariamente o sistema imunológico, com impacto notável nos linfócitos TCD4. O HIV, presente em fluidos corporais, é transmitido por via sexual, percutânea e perinatal, sendo a transmissão sexual a principal via de aquisição em adultos (80% dos casos) (Ellwanger et al., 2024).

A infecção pelo HIV pode apresentar diversas manifestações clínicas. Na fase de soroconversão, que ocorre 2 a 4 semanas após a exposição, o sistema imunológico ativa defesas, podendo resultar em sintomas que variam de um quadro gripal a febre, mialgia, diarreia e cefaleia, durando cerca de 1 a 2 semanas e sendo

autolimitados. Após a aquisição da imunidade humoral anti-HIV (3 a 12 semanas), o organismo atinge uma fase de estabilização virêmica (set point), caracterizada por um declínio na carga viral e um período de latência clínica assintomático que pode durar até 10 anos (Ellwanger et al., 2024).

A mortalidade por aids no Brasil permanece uma preocupação de saúde pública. Desde o início da epidemia na década de 80 até o final de 2020, foram notificados 360.323 óbitos atribuídos ao HIV/aids, com maior incidência entre homens. Contudo, na última década, houve uma queda no coeficiente de mortalidade, possivelmente associada a iniciativas governamentais e não governamentais, como a oferta de tratamento antirretroviral, a prevenção e manejo de doenças oportunistas, a expansão da rede de serviços diagnósticos e estratégias de adesão (Ellwanger et al., 2024).

Essa mudança no padrão de mortalidade reflete os avanços da medicina a partir de meados dos anos 90, com a introdução de fármacos que modificaram a ação viral, ressignificando a aids de uma doença mortal para uma condição crônica. Em 2020, aproximadamente 642 mil pessoas estavam em tratamento antirretroviral no Brasil, um aumento em relação a 2018. Apesar dessa evolução, a aids ainda apresenta alta letalidade, figurando como a quinta causa de mortes em adultos (Ellwanger et al., 2024).

O Circuito Rápido da Aids Avançada, implementado pelo Ministério da Saúde desde 2022, consiste em uma via agilizada de atendimento às PVHIV em situação de aids avançada, definida por $LT-CD4 < 200$ células/mm³ ou estágio clínico 3/4 da OMS. O fluxo prioriza a identificação rápida de Tuberculose (TB), criptococose e histoplasmose por testes “point-of-care” (LF-LAM, LF-CrAg, antígeno urinário para histoplasmose) e a contagem rápida de CD4, visando reduzir o tempo para profilaxia, tratamento de infecções oportunistas e início da terapia antirretroviral (TARV), idealmente em até 7 dias (Brasil, 2022). Essa estratégia se dirige especialmente a pacientes recém-diagnosticados ou em perda de seguimento, que apresentam maior risco de mortalidade por infecções oportunistas — como TB e meningite criptocócica — bem como por síndromes inflamatórias pós-início da TARV. Ao organizar fluxos clínicos robustos, com testes imediatos e protocolos bem definidos, o Circuito Rápido visa diminuir falhas de seguimento e óbitos precoces em

PVHIV com aids avançada no Brasil (Silva et al., 2023).

3.2 Epidemiologia do HIV/aids

A infecção por HIV e a aids continuam a ser um desafio prioritário para a saúde pública no Brasil, com um impacto significativo em diferentes segmentos populacionais ao longo das últimas décadas. Entre 2007 e 2024, foram notificados mais de 540 mil casos de HIV, com uma predominância de 70,7% em homens. A dinâmica epidemiológica da infecção demonstrou uma alteração na razão de sexos ao longo do tempo: a proporção de 14 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2007 evoluiu para 27 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2023, evidenciando um crescimento mais acentuado da epidemia no sexo masculino. (Brasil, 2024). As pessoas mais jovens são as mais afetadas pelo vírus:

- Jovens de 15 a 24 anos - 23,2% dos casos.
- Adultos de 25 a 34 anos - 34,9% dos registros (Brasil, 2024).

Nesse mesmo ano, haviam 46.495 casos de HIV no país que se distribuíram da pelas regiões do país, sendo o sudeste com o maior número de registros e o Centro-Oeste com o menor número de casos (Brasil, 2024).

Quadro 1 – Distribuição dos casos de HIV notificados no Brasil em 2023 por região geográfica

Região	Número de Casos	Percentual (%)
Sudeste	16.134	34,7
Nordeste	12.486	26,9
Sul	7.619	16,4
Norte	5.952	12,8
Centro-Oeste	4.304	9,3
Total	46.495	100

Fonte: Brasil, 2024.

Ainda em 2023 observou-se um aumento de 4,5% de novos diagnósticos de HIV no Brasil, chegando a 46.495 casos notificados. Os dados epidemiológicos inferem que quase dois terços desses novos casos (63,2%) foram em pessoas que se autodeclararam negras (sendo 49,7% pardas e 13,5% pretas). Pode-se observar também que os casos em homens e mulheres negras é o dobro do que ocorre com pessoas brancas (Brasil, 2024).

Quadro 2 – Casos de HIV notificados no Brasil em 2023 por raça/cor autodeclarada e sexo

Raça/Cor Autodeclarada	Total de Casos (%)	Casos em Homens (%)	Casos em Mulheres (%)
Negras	63,2	62,9	64,2
Pardas	(49,7)	(49,5)	(50,2)
Pretas	(13,5)	(13,3)	(14,0)
Brancas	30,7	31,1	29,7
Outras/Não Informado	(aprox.6,1)	(aprox. 6,0)	(aprox. 6,1)

Fonte: Brasil, 2024

No Brasil, ao longo de quase 25 anos (de 2000 a meados de 2024), mais de 166 mil gestantes, mulheres em trabalho de parto ou no pós-parto, receberam o diagnóstico de HIV. A análise da distribuição desses casos revela que a maioria dessas mulheres reside na Região Sudeste (36,7%), seguida pela Região Sul (28,4%) e Nordeste (19,4%) (Brasil, 2024).

Em 2023 foram registrados 8.277 novos casos de gestantes com HIV. Embora o Sudeste continue com a maior parte dos casos (31,4%), vale notar que a distribuição regional mostra a presença do vírus em todo o país:

- Sudeste: 31,4%
- Nordeste: 24,6%
- Sul: 22,9%
- Norte: 13,9%
- Centro-Oeste: 7,2% (Brasil, 2024).

Os estados de São Paulo (13,7%), Rio Grande do Sul (11,8%) e Rio de Janeiro (11,3%) foram os que registraram os maiores percentuais de casos em 2023 (Brasil, 2024).

Entre 2013 e 2023, a taxa de diagnóstico de HIV em gestantes no Brasil subiu em 33,2%, passando de 2,4 para 3,3 casos a cada mil nascidos vivos. Embora esses números possam gerar preocupação à primeira vista, eles também representam um avanço positivo. Esse aumento sugere que nosso sistema de saúde está mais eficaz em identificar as futuras mães que vivem com o vírus, o que reflete a qualidade do pré-natal. Detectar o HIV durante a gravidez é fundamental, pois permite que o tratamento seja iniciado rapidamente, protegendo a saúde da mulher e, principalmente, evitando a transmissão do vírus para o bebê. É um passo essencial para garantir um futuro mais saudável para a mãe e a criança (Brasil, 2024).

Esse aumento foi observado em quase todas as regiões do Brasil. As regiões Norte (76,5%) e Nordeste (69,3%) apresentaram os maiores aumentos na taxa de detecção entre 2013 e 2023. Isso nos mostra que os esforços de testagem e diagnóstico estão se intensificando, o que é crucial para a saúde materno-infantil em todo o país (Brasil, 2024).

Grande parte das gestantes notificadas já convivia com o vírus antes do pré-natal e, em 2023, essas mulheres representaram 61,6% dos casos. É fundamental que essas futuras mães estejam usando regularmente o tratamento antirretroviral mantendo a carga viral indetectável durante toda a gestação e parto. Esse é um importante passo para a segurança da mãe e do bebê. A partir de 2014, observou-se uma redução de 46,6% nos casos de diagnóstico de infecção pelo HIV em gestantes, realizados durante ou após o parto, passando de 776 para 414 casos em 2023 (Brasil, 2024).

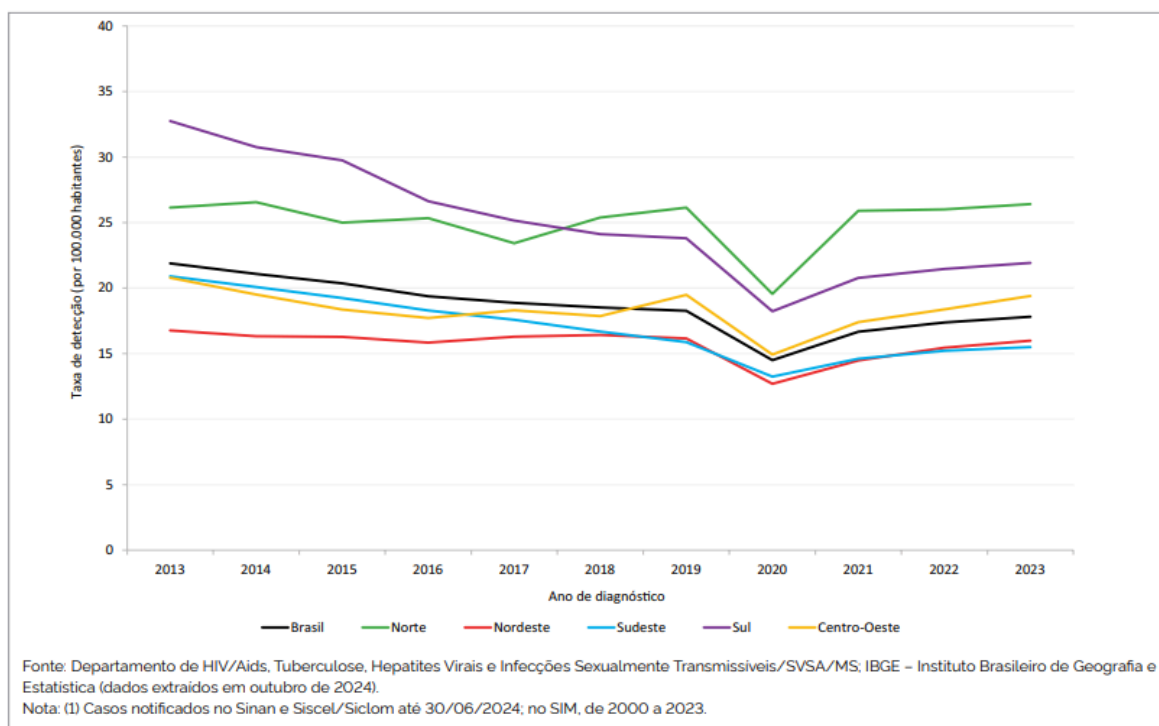
Em 2023, apenas 70,4% das gestantes com HIV utilizaram a TARV durante o pré-natal. Esse dado é fundamental, pois a meta para que o Brasil receba a certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV é que a cobertura da TARV alcance ou ultrapasse 95%. No mesmo ano, 12,4% das gestantes, parturientes ou puérperas não estavam em uso da TARV, e em outros 17,2% dos casos, a

informação sobre o uso da terapia era ignorada (Brasil, 2024).

Desde os anos 1980 até junho de 2024, o Brasil registrou um total de 1.165.599 casos de aids. Nos últimos cinco anos, a média é de cerca de 36 mil novos diagnósticos anualmente. É importante notar que a aids afeta mais os homens, representando 66,3% do total de casos registrados (Brasil, 2024).

Houve um período de redução nos registros de aids, especialmente em 2020, o que foi bastante influenciado pela pandemia de COVID-19. No entanto, a partir de 2021, observamos um aumento nos números. Entre 2022 e 2023, os casos cresceram 2,5%, indicando um retorno aos patamares pré-pandemia (Brasil, 2024).

Figura 1 – Taxa de detecção de aids (Por 100.000 Habitantes), segundo região de residência, por ano de diagnóstico de 2013 a 2023.



Fonte : Brasil, 2024.

A análise histórica dos casos de aids revela uma concentração significativa nas regiões Sudeste com 49,2% e Sul com 19,6% dos casos. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste contribuem com 17,2%, 7,5% e 6,5% do total de casos, respectivamente (Brasil, 2024).

3.3 Terapia Antirretroviral: Evolução, Objetivos e Importância da Continuidade

O cuidado contínuo das PVHIV inicia-se com a oferta de testagem e informações sobre HIV/aids e outras ISTs, estabelecendo um processo de acolhimento, vínculo e responsabilização. Este processo prioriza a autonomia do indivíduo na construção de estratégias para o acesso a serviços, engajamento e, sobretudo, a adesão ao tratamento. O acolhimento efetivo, pautado na escuta ativa e livre de preconceitos, facilita o diálogo sobre riscos, vulnerabilidades e práticas de saúde, fortalecendo o vínculo e capacitando o indivíduo a encontrar soluções para suas questões, ao mesmo tempo em que garante o acesso a informações claras sobre prevenção, diagnóstico e tratamento (Brasil, 2023).

A adesão à terapêutica antirretroviral (ARV) é substancialmente influenciada pelo diálogo constante entre a equipe de saúde e os pacientes. Para tanto, é importante que se discuta de forma sistemática temas como os esquemas de tratamento, a gestão de riscos e os diversos fatores psicossociais e estruturais que impactam o indivíduo, sempre em observância às competências de cada área profissional (Brasil, 2023).

A TARV significa utilizar os medicamentos prescritos de forma rigorosa, respeitando precisamente as doses, horários e todas as outras orientações da equipe de saúde. Contudo, ela transcende a mera ingestão de fármacos, abrangendo também:

- O fortalecimento das PVHIV.
- O estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde.
- O acesso à informação de qualidade.
- O acompanhamento clínico-laboratorial contínuo.
- A adequação do tratamento aos hábitos e às necessidades individuais do paciente.
- A vinculação a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e redes intersetoriais para atendimentos complementares ou especializados.
- O compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, visando promover a corresponsabilização no cuidado e, conseqüentemente, estimular a maior autonomia dos usuários (Brasil, 2023).

Segundo o Manual do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo Com HIV/aids, de 2023, do Ministério da Saúde, alguns aspectos devem ser considerados para favorecer a adesão ao tratamento do HIV. Isso inclui a aceitação do diagnóstico; fatores comportamentais, como o uso de álcool e outras drogas; o suporte familiar e social; o estilo de vida (idade, trabalho, rotina) e a definição do melhor horário para tomar os medicamentos; discutir os efeitos adversos e suas soluções, além das consequências da não adesão à TARV; aspectos socioeconômicos e a colaboração com outros serviços da rede de saúde e intersetoriais são fundamentais. Por fim, deve-se abordar as práticas sexuais; as ofertas de Prevenção Combinada e os direitos sexuais e reprodutivos de cada indivíduo, sempre de acordo com sua realidade.

O consumo de álcool e outras drogas pode levar a comportamentos de risco, como a menor adesão ao uso de preservativos e a desafios na adesão e continuidade do tratamento do HIV/aids. Por isso, é fundamental abordar essa questão de forma abrangente e sem julgamentos, focando na redução de danos para garantir que as pessoas continuem acessando o cuidado (Brasil, 2023).

O uso de álcool e outras drogas, apesar de ser um desafio, é encarado de forma mais flexível com os novos tratamentos para o HIV. Isso porque os novos medicamentos antirretrovirais não só agem mais rápido para deixar a carga viral indetectável, o que melhora muito a qualidade de vida, mas também diminuíram consideravelmente os problemas de interação com álcool e outras drogas (Brasil, 2023).

Atualmente, os maiores desafios para a adesão ao tratamento estão mais relacionados a esquecimentos e à percepção equivocada de que antirretrovirais não podem ser tomados próximos ao consumo de álcool. Felizmente, os efeitos colaterais temidos dessa combinação, que eram uma preocupação significativa no passado, são hoje menos frequentes. No entanto, é crucial que os profissionais de saúde dialoguem abertamente sobre o impacto do álcool e outras drogas na adesão e o potencial dano hepático associado ao uso concomitante com a TARV. Com essas informações, é possível desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos, promovendo a autonomia do paciente. Para isso, o estabelecimento de parcerias estratégicas com outros serviços de apoio, como Centros de Atenção

Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Consultório na Rua e programas de redução de danos, é essencial (Brasil, 2023).

A TARV revolucionou a vida das pessoas com HIV/aids. Graças a ela, vimos uma queda significativa na mortalidade e no número de internações por infecções oportunistas, além de um aumento na expectativa de vida. Esses avanços mudaram a percepção sobre o HIV, que hoje é tratado como uma doença crônica, principalmente em países que oferecem acesso garantido aos medicamentos. (Brasil, 2008).

Essa nova realidade traz desafios e a necessidade de novas abordagens no tratamento diário. O principal objetivo da TARV é melhorar a qualidade de vida e diminuir o adoecimento e mortes, controlando a replicação do vírus no corpo e protegendo o sistema imunológico (Brasil, 2008).

A adesão rigorosa ao tratamento é fundamental para uma vida longa e saudável. Considera-se que o uso de, no mínimo, 95% das doses é essencial para a eficácia máxima e para evitar que o vírus desenvolva resistência aos medicamentos (Brasil, 2008).

3.4 Perda de Seguimento do Tratamento Antirretroviral

Desde os anos 80, a infecção pelo HIV causou cerca de 20,8 milhões de mortes no mundo, e 382.521 no Brasil. No cenário atual, aproximadamente 39,8 milhões de pessoas vivem com HIV/aids globalmente, e uma boa parte delas – 29,8 milhões – está em tratamento (Cunha et al., 2025).

No Brasil, temos cerca de 990 mil PVHIV. Dessas, 83% estão recebendo tratamento. Apesar de termos acesso universal e gratuito à medicação, esses números mostram que ainda há pessoas que não estão utilizando o tratamento (Cunha et al., 2025).

Para as PVHIV a adesão a TARV é o ponto chave. Quando a adesão fica em torno de 80%, isso já pode levar à falha no tratamento. Pesquisas demonstram que para ter os melhores resultados da medicação, é preciso um compromisso ainda

maior: a adesão às doses prescritas deve ser de, no mínimo, 95%. É esse nível de adesão que garante a máxima eficácia da medicação (Yu et al., 2018).

A adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV pode ser avaliada por meio de diversas metodologias. Entre os métodos empregados, destacam-se o autorrelato, a aplicação de questionários, a utilização de monitores eletrônicos, a contagem de comprimidos, a análise de registros de retirada de medicamentos em farmácias, e a mensuração de marcadores biológicos, como a contagem de linfócitos TCD4 e a carga viral (Brasil, 2008; Polejack, Seidl, 2010).

O autorrelato é atualmente considerado o método mais utilizado para monitorar a adesão ao tratamento de pessoas com HIV. Ele se destaca por suas vantagens, como o baixo custo e a rápida aplicação. Além disso, o método cria um ambiente propício para o diálogo, permitindo que a equipe de saúde compreenda as dificuldades e os motivos por trás das doses perdidas, o que facilita a busca por soluções eficazes para melhorar a adesão (Brasil, 2008; Polejack, Seidl, 2010). Uma desvantagem a ser considerada ao utilizar esse método é a tendência dos pacientes em superestimar a adesão. Esse comportamento pode ser motivado pelo receio de desagradar ou decepcionar os profissionais de saúde (Polejack; Seidl, 2010).

Para aprimorar a eficácia desse monitoramento, é possível associar o autorrelato ao controle de dispensação dos medicamentos pela farmácia. Essa abordagem parte do princípio de que pacientes que retiram seus medicamentos nas datas programadas tendem a utilizá-los de forma mais consistente, em comparação com aqueles que apresentam atrasos na retirada (Brasil, 2008).

A expressão 'perda de seguimento', termo técnico mais atual para o anteriormente utilizado 'abandono do tratamento', refere-se às PVHIV que, após iniciarem a TARV, interrompem o uso regular da medicação e se afastam do acompanhamento clínico, incluindo consultas, exames e outras intervenções de saúde. Para que uma PVHIV seja formalmente classificada como em perda de seguimento, o Sistema de Informação e Monitoramento Clínico (SIMC) estabelece um critério de mais de 100 dias sem dispensação de TARV. Este período é considerável, dada a importância da manutenção do tratamento para a supressão viral e os benefícios à saúde. A compreensão desse abandono é essencial para a

criação de ações de cuidado abrangentes, com o objetivo de assegurar a continuidade da assistência (Brasil, 2023).

É importante que as equipes de saúde estabeleçam um monitoramento contínuo das dispensações de antirretrovirais para as PVHIV sob sua responsabilidade. Tal vigilância permite a identificação precoce de possíveis interrupções, como faltas a consultas ou atrasos na retirada da TARV, sinalizando a necessidade de uma abordagem individualizada e a reativação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para prevenir o abandono efetivo (Brasil, 2023).

A equipe de saúde desempenha um importante papel no desenvolvimento de estratégias para prevenir a descontinuidade do tratamento e no monitoramento da adesão de pessoas que vivem com HIV. É fundamental que cada contato do paciente com a unidade de saúde seja utilizado para reforçar a importância de manter a terapia, destacando seus benefícios. Além disso, a prática da escuta qualificada é indispensável para identificar e compreender as dificuldades que podem estar impedindo a adesão contínua (Brasil, 2023).

Para garantir a continuidade do cuidado, diversas intervenções podem ser empregadas, incluindo busca ativa, reuniões de equipe, visitas domiciliares e contato com outros serviços frequentados pelo paciente. É fundamental que os profissionais de saúde realizem ações de vigilância epidemiológica e busca ativa, bem como outras ações previstas na legislação brasileira, sempre respeitando as normas éticas e a confidencialidade das informações de saúde do cidadão (Brasil, 2023).

Nos casos de perda de seguimento ou de vínculo com o serviço de saúde, torna-se essencial iniciar o processo de revinculação. Este processo tem início com a identificação das PVHIV que interromperam o tratamento. Tal informação pode ser obtida através do relatório de abandono do SIMC ou do relatório de atraso de dispensação emitido pelo Siclom (para atrasos a partir de 101 dias) (Brasil, 2023).

Após a identificação, é crucial definir a estratégia para retomar o contato com o paciente. As PVHIV podem ser contactadas pelas equipes de saúde com o propósito de oferecer cuidado e atenção, sob o compromisso ético-profissional de sigilo do diagnóstico. Caso o paciente não deseje ser contactado, esta informação deve ser registrada no prontuário, com a devida assinatura do usuário. No processo

de revinculação, a ação entre pares pode aumentar significativamente as chances de o paciente aceitar o apoio para restabelecer o vínculo, refletindo a identificação da PVHIV com o serviço de saúde (Brasil, 2023).

A partir dessas considerações, evidencia-se que a adesão e a continuidade do tratamento não dependem apenas da disponibilidade dos medicamentos ou do acompanhamento clínico, mas também do fortalecimento das relações entre usuários e profissionais de saúde. Nesse sentido, a educação em saúde se configura como uma importante estratégia para promover a corresponsabilidade das PVHIV no manejo de sua condição. Quando desenvolvida pela equipe multiprofissional, essa prática favorece a construção de vínculos, o compartilhamento de saberes e a compreensão da importância da TARV, contribuindo para a manutenção do tratamento e para a prevenção de novas perdas de seguimento (Leadebal et al., 2017).

A equipe multiprofissional ao proporcionar espaços de escuta qualificada e orientação, possibilita que os pacientes assumam um papel ativo em seu cuidado, compreendendo os benefícios do tratamento e os riscos da interrupção. Além disso, programas que articulam educação em saúde, apoio psicossocial e fortalecimento de direitos sociais ampliam a autonomia e a capacidade de decisão das pessoas vivendo com HIV, resultando em maior adesão terapêutica e melhor qualidade de vida (Leadebal et al., 2017).

3.4.1 Fatores Associados à Perda de Seguimento

3.4.1.1 Fatores Sociodemográficos, Comportamentais e Psicossociais

A não adesão à TARV pelas PVHIV no Brasil é influenciada por diversos fatores sociodemográficos. Esses fatores impactam diretamente a eficácia do tratamento e os desfechos de saúde. Desse modo, a compreensão aprofundada desses fatores é essencial para o desenvolvimento de intervenções direcionadas que visem otimizar as taxas de adesão. Entre os principais fatores sociodemográficos que contribuem para a não adesão, destacam-se a idade, o nível educacional, os hábitos de vida e os sistemas de apoio social.

Idade e nível de educação:

- Jovens, em especial aqueles com menos de 35 anos, têm maior probabilidade de não aderir à TARV. Esse grupo demográfico pode enfrentar desafios únicos, como mudanças no estilo de vida e falta de experiência no gerenciamento de condições crônicas (Soares et al., 2019; Silva et al., 2015).
- Níveis mais baixos de educação como indivíduos com menos de oito anos de estudo podem ter uma compreensão limitada da importância da TARV e das consequências da sua não adesão (Silva et al., 2015; Zuge et al., 2017).

Hábitos de vida:

- Tabagismo, uso de álcool e sedentarismo estão relacionados à não adesão (Soares et al., 2019; Silva et al., 2015; Zuge et al., 2017).
- O uso de drogas ilícitas também é um preditor significativo de não adesão (Silva et al., 2015).

Apoio social e relacionamentos:

- A falta de apoio social, incluindo a ausência de conhecimento sobre a condição sorológica do paciente pela família ou pelas suas parcerias, pode levar à não adesão. Relacionamentos de apoio são cruciais para incentivar a adesão e fornecer assistência emocional e prática (Soares et al., 2019).
- A orientação sexual e a presença de um(a) parceiro(a) sexual foram identificadas como fatores que influenciam a adesão, com certas orientações e status de relacionamento correlacionados com diferentes níveis de aderência (Menezes et al., 2018; Remien et al., 2007).

Variáveis psicológicas negativas, como sofrimento psíquico, depressão, ansiedade, angústia, estresse, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático e catastrofização da dor, foram identificadas também como fatores associados à falha na adesão (Boas et al., 2019).

Em relação aos fatores que contribuem para o abandono da TARV, destacam-se os obstáculos de acesso aos locais de atendimento, com distâncias superiores a 5-17,3 km da unidade de saúde. Além disso, situações que promovem

isolamento social, como a pandemia de COVID-19 e a ausência de um(a) parceiro(a), também dificultam a adesão ao tratamento (Boas et al., 2019).

Percebe-se, assim, que a acessibilidade ao serviço de saúde influencia diretamente a regularidade da terapia, dada a sua natureza crônica. No entanto, a centralização da assistência especializada pode fragmentar o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, criando uma lacuna na integração com a atenção primária. Ademais, um estudo revelou que, entre os jovens que abandonaram a TARV, havia proporcionalmente menos fumantes e mais indivíduos com uso irregular de preservativos (Boas et al., 2019).

3.5 Fatores Clínicos e Relacionados ao Tratamento

3.5.1 Abordagem Inicial ao Paciente com HIV

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), a abordagem inicial a indivíduos vivendo com HIV ou aids visa: a identificação precisa do estágio clínico da infecção pelo HIV e a avaliação de quaisquer coinfeções ou comorbidades preexistentes. Paralelamente, é fundamental compreender as vulnerabilidades socioculturais do paciente. Por fim, almeja-se estabelecer uma relação de confiança e respeito com a equipe multiprofissional, facilitando a pronta vinculação do indivíduo ao serviço de saúde.

A avaliação inicial de uma pessoa vivendo com HIV deve ser abrangente, incluindo um levantamento completo de seu histórico médico, um exame físico detalhado, exames complementares e uma compreensão de seus contextos de vida. Nesse processo, é fundamental empregar uma linguagem acessível para garantir que todos os aspectos da infecção, avaliação clínico-laboratorial, adesão, tratamento e retenção sejam compreendidos. Adicionalmente, os aspectos que geram vulnerabilidades para as PVHIV devem ser rigorosamente considerados em cada interação entre os profissionais de saúde e o paciente (Brasil, 2024).

É importante que o paciente demonstre uma compreensão aprofundada sobre o HIV, reconhecendo-o como uma infecção grave, porém passível de tratamento

eficaz. A elucidação do conceito de "Indetectável = Intransmissível" (I=I) frequentemente proporciona um significativo alívio aos pacientes, atuando como um importante fator motivacional para a manutenção da adesão ao tratamento. A consulta inicial objetiva também assegurar que o indivíduo vivendo com HIV compreenda as estratégias de prevenção da transmissão do vírus a terceiros e que disponha do suporte e dos recursos necessários para se adaptar a este diagnóstico de relevância clínica. (Kasten, 2022)

Quadro 3 – Roteiro para abordagem inicial de pacientes com HIV

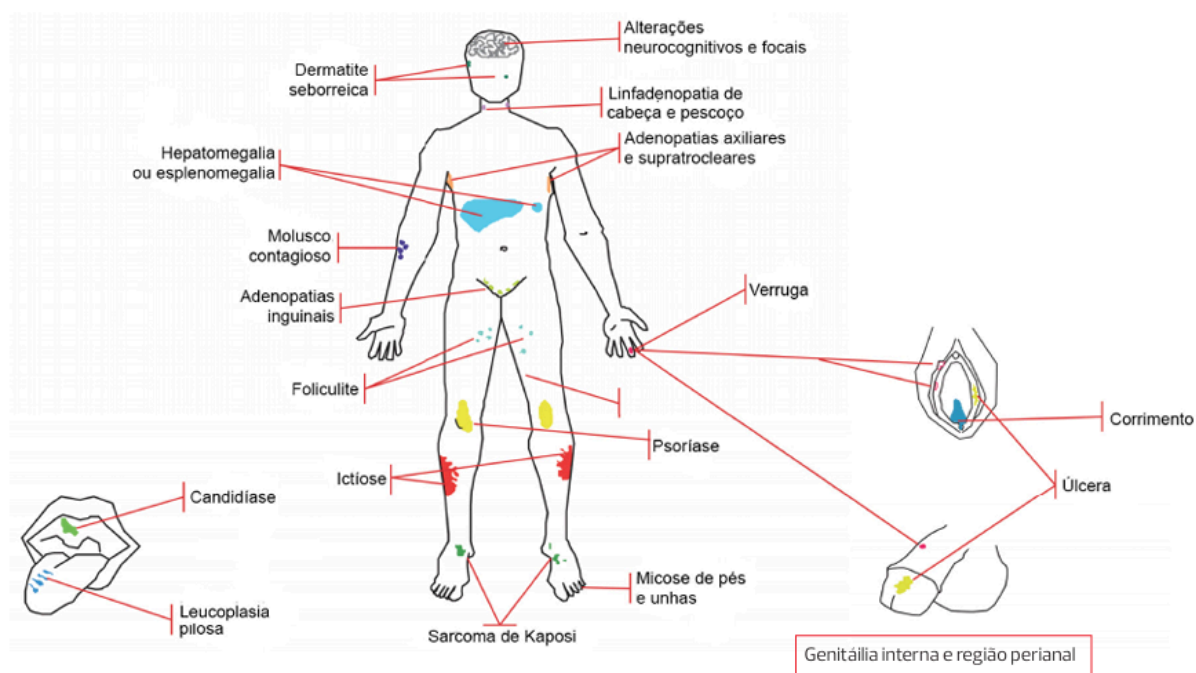
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	› Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de CD4 e do exame de carga viral, impacto da Tarv na morbimortalidade › Revisar e documentar o primeiro exame anti-HIV › Verificar se há contagens de CD4 e exames de carga viral anteriores › Discutir o uso de ARV e a ocorrência de efeitos adversos prévios (ex.: com uso de PEP ou PrEP)
História médica atual e passada	<u>Avaliar:</u> › Presença de sinais e/ou sintomas › História de alergias, hipersensibilidade ou intolerância a medicamentos › História de tuberculose, prova tuberculínica ou IGRA, profilaxia e/ou tratamento prévio › História de doença mental familiar e/ou pessoal › Infecção oportunista prévia ou atual e necessidade de profilaxia para infecções oportunistas › Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas, incluindo histórico de internações hospitalares › Histórico de imunizações › Uso de medicamentos e práticas complementares e/ou alternativas

Riscos e vulnerabilidades	<u>Avaliar:</u> › Parcerias e práticas sexuais › Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção › História de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis › Uso de tabaco, álcool e outras drogas › Interesse em reduzir os danos à saúde
História psicossocial	<u>Avaliar:</u> › Reação emocional ao diagnóstico › Rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais, acesso à Rede de Atenção Psicossocial) › Nível educacional › Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde reprodutiva	<u>Discutir/avaliar:</u> › Desejo de ter filhos › Métodos contraceptivos › Estado sorológico da(s) parceria(s) e do(s) filho(s)
História familiar	<u>Revisar histórico de:</u> › Doenças cardiovasculares e hipertensão › Dislipidemias › Diabetes › Neoplasias

Fonte: Brasil, 2024.

Considerando o caráter sistêmico da infecção pelo HIV, é fundamental que o exame físico seja conduzido de forma abrangente, com especial atenção à identificação de sinais clínicos frequentemente associados a essa condição. Esse exame deve incluir a aferição da pressão arterial, do peso e da altura, além do cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e da medida da circunferência abdominal (Brasil, 2024).

Figura 2 – Sinais clínicos que podem estar relacionados à infecção pelo HIV e que devem ser investigados no exame físico inicial



Fonte: Brasil, 2024.

A abordagem laboratorial inicial no acompanhamento clínico é importante pois permite avaliar a condição geral de saúde do paciente, identificar a presença de comorbidades ou coinfeções, e determinar a urgência do início da Terapia Antirretroviral (TARV). Além disso, fornece dados laboratoriais basais pré-tratamento e pode guiar a necessidade de imunizações e profilaxias específicas (Brasil, 2024).

Quadro 4 – Exames complementares para a abordagem inicial

Exames relacionados ao HIV:
> Contagem de CD4 e exame de carga viral > Genotipagem pré-tratamento^(a)
Exames laboratoriais:
> Hemograma completo > Glicemia de jejum > Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos) > Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina)
Avaliação de coinfeccções, infecções sexualmente transmissíveis e comorbidades:
> Teste imunológico para sífilis^(b) > LF-LAM – teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano em urina^(c) > LF-CrAg – teste de fluxo lateral para detecção de antígeno criptocócico^(d) > Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização) > IgG para toxoplasmose > Sorologia para HTLV 1 e 2, leishmaniose^(e) e doença de Chagas^(f) > Prova tuberculínica ou IGRA – teste de liberação de interferon-gama^(g) > Radiografia de tórax

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: CD4 = linfócitos T-CD4+; HDL = lipoproteína de alta densidade; LDL = lipoproteína de baixa densidade; VLDL = lipoproteína de muito baixa densidade; AST = aspartato aminotransferase; ALT = alanina aminotransferase; FA = fosfatase alcalina; BT = bilirrubina total; Cr = creatinina; IgG = imunoglobulina G; HTLV = vírus linfotrópico de células T humanas.

(a) Indicada APENAS para gestantes, casos novos com coinfeção tuberculose e HIV, pessoas que tenham se infectado com parceria em uso de terapia antirretroviral, crianças e adolescentes e soroconversão durante o uso de profilaxia pré-exposição.

(b) Consultar o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis”, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centralde-conteudo>.

(c) Para pessoas vivendo com HIV ou aids com manifestações clínicas sugestivas de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, conforme a seção 3.5.

(d) Para pessoas vivendo com HIV ou aids em estágio clínico 3 ou 4 da Organização Mundial da Saúde (<https://iris.who.int/handle/10665/43699?locale-attribute=fr&show=full>) ou CD4 abaixo de 200 células/mm³ e sem histórico de doença criptocócica, conforme a seção 3.6.

(e) Triagem para pessoas oriundas de áreas endêmicas.

(f) Para a doença de Chagas na fase crônica, devem ser considerados fatores epidemiológicos associados a maior risco de ter a infecção por *T. cruzi*, independentemente de quadro clínico sugestivo. Ver Módulo 2, Capítulo 6 – Doença de Chagas e HIV. 23

(G) Indicados para pessoas com CD4 acima de 350 células/mm³

3.6 Investigação de Tuberculose em PVHIV

O risco de desenvolver tuberculose (TB) em Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) é 20 a 30 vezes superior quando comparado ao risco na população em geral. (Sadirova et al., 2021) Consequentemente, a Terapia Preventiva da Tuberculose (TPT) desempenha um papel crucial ao reduzir a mortalidade e o risco de progressão para TB ativa nos anos subsequentes. A diminuição do risco de desenvolver TB ativa é significativamente potencializada pela TPT e, notavelmente, pela iniciação precoce da TARV. Considerando que a tuberculose representa a principal causa de óbito por doenças infecciosas em pessoas vivendo com HIV ou aids, torna-se imperativa sua investigação em todas as consultas. Para tanto, é crucial atentar-se a sinais e sintomas como tosse, febre, emagrecimento e sudorese noturna, a fim de identificar precocemente a doença (Brasil, 2024).

3.7 Investigação da Doença Criptocócica em PVHIV

A mortalidade associada à doença criptocócica em pessoas vivendo com HIV ou aids permanece alta devido a fatores como sua "invisibilidade epidemiológica", o diagnóstico tardio, o acesso limitado à testagem laboratorial e a escassez de medicamentos eficazes (Brasil, 2024).

Segundo McHale et al. (2023), a mortalidade associada à criptococose em PVHIV permanece alta, especialmente em ambientes com diagnóstico tardio, acesso limitado a testes laboratoriais e falta de terapias antifúngicas eficazes.

Para reduzir essa mortalidade, o diagnóstico e tratamento oportunos são cruciais. Por isso, é recomendado o rastreio de rotina (teste mesmo em pessoas assintomáticas) com o teste LF-CrAg em indivíduos vivendo com HIV ou aids que possuem contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ e sem histórico prévio de meningite criptocócica (Brasil, 2024).

Já para aqueles com histórico de meningite criptocócica, a avaliação deve

focar em sinais e sintomas neurológicos. Se necessário, é fundamental o encaminhamento para punção lombar (com análise do líquido cefalorraquidiano por exame micológico direto e cultura) e hemocultura para verificar a presença do fungo no sangue (fungemia) (Brasil, 2024).

3.8 O Início da TARV

A Terapia Antirretroviral (TARV) é atualmente recomendada para as pessoas vivendo com HIV ou aids, independentemente da contagem de CD4, devido aos seus múltiplos benefícios tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde, desde que os objetivos do tratamento sejam alcançados. Os principais deles incluem a redução da morbimortalidade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição da progressão da doença (evitando eventos definidores de aids), a redução de comorbidades (como cardiovasculares e renais), a incidência de tuberculose, a recuperação da função imune, a supressão virológica duradoura, a melhora na qualidade de vida e a prevenção da transmissão do vírus (Brasil, 2024). A maioria dos pacientes com diagnóstico recente de HIV é elegível para o início rápido da Terapia Antirretroviral (TARV). Contudo, os profissionais médicos devem assegurar que não existam contraindicações para tal abordagem, sendo a principal a ausência de suspeita ou diagnóstico de meningite criptocócica ou tuberculosa (Kasten, 2022).

A TARV deve ser iniciada prontamente, idealmente no mesmo dia do diagnóstico ou em até sete dias após a confirmação da infecção pelo HIV. Faz-se necessário que a pessoa vivendo com HIV ou aids compreenda claramente as vantagens do tratamento e a necessidade de não o interromper após seu início (Brasil, 2024). O tratamento antirretroviral inicial em PVHIV deve incluir três medicamentos de pelo menos duas classes distintas: dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleos(t)ídeos (ITRN) como pilar da terapia, combinados com um terceiro agente de outra classe — que pode ser um inibidor da integrase (INI), um inibidor da protease reforçado com ritonavir (IP/r), ou um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRNN). Idealmente, todo o regime deve ser de dose única diária, visando simplificar o esquema terapêutico e favorecer a adesão ao tratamento (DHHS et al., 2024; WHO, 2021).

Quadro 5 – Esquema de TARV inicial para adultos.

SITUAÇÃO	ESQUEMA ARV
Esquema preferencial	tenofovir ^(a) /lamivudina + dolutegravir
Intolerância ou contraindicação a dolutegravir	Substituir dolutegravir por darunavir/r ^(b) ou efavirenz ^(c)
Intolerância ou contraindicação a tenofovir ^(d)	Substituir tenofovir por abacavir ^(e) , em caso de teste HLA-B*5701 negativo, ou por zidovudina

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: Tarv = terapia antirretroviral; ARV = antirretroviral; r = ritonavir.

(a) O tenofovir é contraindicado em pessoas com doença renal pré-existente, disfunção renal aguda ou taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) inferior a 60 mL/minuto. Deve ser usado com precaução em pessoas com osteoporose ou osteopenia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito não controladas. Nesses casos, monitorar e considerar alternativas após a estabilização do tratamento.

(b) Darunavir/r: dose única diária de 800 mg de darunavir associado a 100 mg de ritonavir.

© Como o risco de resistência transmitida a efavirenz é relevante no Brasil, essa opção deve ser considerada preferencialmente quando a carga viral ainda está detectável e há possibilidade de teste de genotipagem para comprovar a susceptibilidade ao medicamento. Entretanto, o início da terapia antirretroviral não deve ser postergado até a chegada do resultado.

(d) No contexto de infecção ativa pelo vírus da hepatite B (HBV) e de contraindicação ao tenofovir, deve-se substituir o tenofovir por outro fármaco ativo contra o HBV (tenofovir alafenamida ou entecavir). Consultar o PCDT de Hepatite B e Coinfecções vigente.

(e) O abacavir deve ser usado com precaução em pessoas com alto risco cardiovascular. A associação abacavir + lamivudina + efavirenz é contraindicada se a carga viral estiver acima de 100.000 cópias/mL.

Um bom acolhimento, o cuidado compartilhado e a rápida instituição da TARV são essenciais para promover a vinculação e a retenção do paciente ao serviço de saúde, pilares fundamentais do cuidado contínuo. Essas ações contribuem para uma supressão viral mais célere, impactando positivamente a resposta imunológica, a morbidade, a mortalidade e a cadeia de transmissão do vírus, além de ajudar a controlar o processo inflamatório crônico, diminuindo o risco de eventos clínicos adversos (Brasil, 2024). Segundo Mwangwa et al. (2021), um acolhimento eficaz, o cuidado compartilhado e a instituição rápida da TARV promovem uma maior vinculação e retenção ao cuidado, resultando em supressão viral mais rápida, melhor resposta imunológica e redução da mortalidade.

Portanto, após a avaliação inicial, que engloba a história clínica e o exame físico detalhado, a TARV deve ser prescrita. Enfatiza-se, no entanto, que em pacientes com sinais e sintomas de comprometimento do sistema nervoso central ou em casos de suspeita de infecções oportunistas específicas, como meningite tuberculosa e meningite criptocócica, o início da TARV deve ser postergado (Brasil, 2024).

3.8.1 O Início da TARV na Coinfecção TB-HIV

A TARV, quando iniciada durante o tratamento da tuberculose (TB), demonstra uma redução na mortalidade, especialmente quando instituída precocemente. A introdução rápida da TARV em indivíduos com coinfecção TB-HIV diminui a mortalidade em pessoas vivendo com HIV ou aids com contagem de CD4 igual ou inferior a 50 células/mm³, embora se observe um aumento na frequência da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI). Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a TARV seja iniciada em até sete dias para esses pacientes (Brasil, 2024).

Embora o tratamento da coinfecção por tuberculose e HIV siga os princípios comuns da terapia antirretroviral, há particularidades cruciais no manejo clínico. As rifamicinas (rifampicina, rifabutina e rifapentina), pilar na terapia contra a tuberculose, apresentam interações farmacocinéticas relevantes com múltiplas classes de antirretrovirais. Além disso, a coinfecção TB-HIV eleva o risco de não adesão terapêutica, devido ao alto número de medicamentos, somado à toxicidade medicamentosa sobreposta (Navasardyan et al., 2024).⁷

Quadro 6 – Esquemas de TARV inicial para adultos vivendo com TB e HIV

SITUAÇÃO	ESQUEMA ARV	OBSERVAÇÃO
Coinfecção TB-HIV > Preferencial	Tenofovir 300 mg ^(a) / lamivudina 300 mg ("2 em 1") 1x/dia + Dolutegravir 50 mg 12/12h	Após o término do tratamento para tuberculose, a dose dobrada de dolutegravir deve ser mantida por 15 dias.
Coinfecção TB-HIV ^(a) > Alternativo	Tenofovir 300 mg ^(a) / lamivudina 300 mg / efavirenz 600 mg ^(b) ("3 em 1") 1x/dia	Após o término do tratamento para tuberculose, reavaliar a troca de efavirenz por dolutegravir.

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: TARV = terapia antirretroviral; TB = tuberculose; ARV = antirretroviral.

(a) O tenofovir é contra indicado como terapia inicial em pessoas com disfunção renal pré-existente, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) abaixo de 60 mL/minuto ou insuficiência renal. Usar com precaução em pessoas com osteoporose/osteopenia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito não controladas. Se usado, ajustar a dose quando a TFGe estiver abaixo de 50 mL/min.

(b) Realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar Tarv, de forma a orientar o esquema terapêutico.

O início da TARV na presença de tuberculose meningoencefálica é um ponto de debate na literatura. Embora um ensaio clínico randomizado tenha indicado que a implementação precoce nesses casos não alterou o prognóstico da doença, observou-se uma maior ocorrência de efeitos adversos. É importante ressaltar que o referido estudo possui diversas limitações, o que exige cautela na interpretação de seus achados (Brasil, 2024).

Em PVHIV que desenvolvem meningite tuberculosa, a condução terapêutica exige cautela, especialmente quanto ao início da terapia antirretroviral (TARV). Evidências consolidadas demonstram que a introdução precoce da TARV, nas primeiras duas semanas após o início do tratamento antituberculose, está associada a maior risco de eventos adversos graves, incluindo a síndrome inflamatória da reconstituição imune, além de aumento da mortalidade. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde recomenda que, nesses casos, a TARV seja iniciada idealmente

entre quatro e seis semanas após o início do tratamento para a tuberculose, a fim de equilibrar os benefícios da supressão viral precoce com a segurança clínica do paciente. Essa estratégia otimiza os desfechos terapêuticos e garante maior sobrevida (WHO, 2021).

Contudo, em contextos onde há acesso facilitado a especialistas para um monitoramento frequente da meningite tuberculosa, dos potenciais efeitos adversos e do desenvolvimento da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI), a introdução da TARV pode ser antecipada para duas semanas após o início do tratamento da TB, especialmente se a contagem de CD4 for inferior a 50 células/mm³. Entretanto, em locais com acesso restrito a serviços e profissionais especializados, o período para iniciar a TARV pode ser estendido para até oito semanas. É importante ressaltar que, em todos os casos de tuberculose com envolvimento do sistema nervoso central, a administração de corticoides é indicada, pois pode mitigar os efeitos da SIRI (Brasil, 2024).

3.8.2 O Início da TARV na Meningite Criptocócica

A iniciação precoce da Terapia Antirretroviral (TARV) em pacientes com meningite criptocócica pode, paradoxalmente, elevar a mortalidade. Por isso, recomenda-se que a TARV seja iniciada entre quatro e seis semanas após o começo do tratamento antifúngico. Essa conduta é condicionada à observação de melhora neurológica inequívoca, resolução da hipertensão intracraniana e obtenção de cultura negativa para fungos no líquido, o que visa a mitigar o risco de desenvolvimento da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI) (Brasil, 2024).

É fundamental considerar que PVHIV ou aids diagnosticadas com criptococomas ou pseudocistos mucinosos devem receber um período de tratamento de indução antifúngica de, no mínimo, seis semanas. Em contraste, para indivíduos sem essas lesões e que demonstrem controle da doença por critérios clínicos e líquóricos, além de acompanhamento especializado, a introdução da TARV pode ser antecipada para antes do período de quatro a seis semanas de tratamento da meningite criptocócica (Brasil, 2024).

3.8.3 O Início da TARV em “Controladores de Elite”

Embora indivíduos classificados como controladores de elite apresentem carga viral plasmática indetectável na ausência de TARV, evidências recentes têm demonstrado que essa condição não os isenta de riscos clínicos relevantes. Estudos indicam que esses pacientes mantêm níveis elevados de ativação imune e inflamação crônica, fatores associados a um risco aumentado de desenvolvimento de comorbidades não relacionadas diretamente à aids, como doenças cardiovasculares, neurocognitivas e metabólicas. Diante desse cenário, recomenda-se a introdução da TARV mesmo entre os controladores de elite, independentemente da contagem de células CD4, com o objetivo de atenuar a inflamação persistente e reduzir a probabilidade de desfechos clínicos adversos (Menezes et al., 2015).

3.9 A TARV como Prevenção da Transmissão do HIV

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), a Terapia Antirretroviral é reconhecida como uma intervenção altamente eficaz na prevenção da transmissão do HIV. Isso se deve ao fato de que a supressão eficaz da replicação viral, alcançada pelo tratamento, reduz significativamente o risco de novas transmissões do vírus.

Estudos que monitoraram casais sorodiferentes, não registraram casos de transmissão do HIV quando o parceiro infectado pelo vírus estava em tratamento e apresentava carga viral plasmática inferior a 200 cópias/mL por um período mínimo de seis meses. Essas constatações estabeleceram o conceito de “Indetectável = Intransmissível” (I = I) para a transmissão sexual do HIV. Porém, períodos de não adesão e falha no tratamento representam riscos significativos para parcerias sorodiferentes (Brasil, 2024).

3.10 Genotipagem Pré Tratamento

A recomendação para a genotipagem pré-tratamento de indivíduos com HIV-1 está alinhada à sua custo-efetividade, considerando a prevalência de resistência primária ou transmitida na população. Este teste é particularmente indicado para:

- Pessoas que se infectaram de parceiros em uso atual ou prévio de TARV, devido à maior probabilidade de detecção de mutações de resistência transmitida.
- Gestantes HIV positivas, com o objetivo de orientar a adequação do esquema terapêutico inicial, se necessário, e coletar dados epidemiológicos sobre a resistência transmitida.
- Indivíduos coinfectados com TB-HIV, para auxiliar na escolha do esquema terapêutico inicial, avaliando a resistência transmitida aos antirretrovirais (ARV) que compõem esse esquema.
- Crianças e adolescentes, no momento do diagnóstico, a fim de direcionar a escolha do esquema terapêutico inicial.
- Pessoas que soroconverteram para HIV durante o uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), dada a possibilidade de resistência transmitida ou adquirida a tenofovir/lamivudina (Brasil, 2024).

3.11 Tarv em Mulheres que Expressam Desejo de Engravidar

Para mulheres que vivem com HIV ou aids, a TARV segue as mesmas recomendações gerais, mesmo que elas queiram ou possam engravidar. A combinação mais indicada e preferencial é de tenofovir/lamivudina + dolutegravir (Brasil, 2024).

3.12 Monitoramento das Pessoas Vivendo com HIV/aids

3.12.1 Periodicidade das consultas

As consultas médicas para quem vive com HIV ou aids devem ser ajustadas

individualmente, conforme a condição de saúde de cada pessoa (Brasil, 2024).

Quadro 7 – Recomendação de periodicidade de consultas médicas para pessoas vivendo com HIV

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO ^(a)	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após a introdução ou alteração da Tarv	Entre 7 e 15 dias	Observar e manejar efeitos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão. Fortalecer o vínculo com a equipe e o serviço de saúde. Essa consulta pode ser realizada por profissionais da enfermagem, farmacêuticos clínicos ou outras abordagens ofertadas pelo serviço.
Até a adaptação à Tarv	Mensal/ bimestral	Observar e manejar efeitos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Fortalecer o vínculo com a equipe e o serviço de saúde.

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO ^(a)	OBJETIVOS PRINCIPAIS
PVHA em Tarv em supressão viral e assintomática	Até 6 meses	Observar e manejar efeitos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica. Manejar comorbidades.
PVHA em Tarv sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	Avaliar falhas na adesão e seus motivos. Verificar a possibilidade de resistência viral à Tarv e a necessidade de troca. Avaliar e investigar sintomas. Manejar comorbidades não controladas.

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: PVHA = pessoa vivendo com HIV ou aids; Tarv = terapia antirretroviral.

(a) Nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional.

3.12.2 Monitoramento Laboratorial da Infecção pelo HIV

Profissionais de saúde cadastrados podem acessar o histórico de exames de CD4, carga viral, registros de dispensação da TARV e resultados das genotipagens na plataforma <https://laudo.aids.gov.br/>. A contagem de CD4 é relevante para a avaliação inicial, enquanto a carga viral é o padrão ouro para monitorar a eficácia da TARV e identificar precocemente falhas na adesão à medicação (Brasil, 2024).

3.12.3 Monitoramento da Contagem de CD4

De acordo com Horberg et al. (2024), a contagem de linfócitos CD4 constitui um dos biomarcadores mais importantes na avaliação do comprometimento do sistema imune em pessoas com HIV, pois guia decisões clínicas quanto à necessidade de profilaxia para infecções oportunistas e indica o momento mais apropriado para administração de vacinas.

Quadro 8 – Recomendação de periodicidade para monitoramento laboratorial de CD4

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTAGEM DE CD4	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO
PVHA em uso de Tarv, assintomática e com carga viral indetectável	Abaixo de 350 células/mm ³	A cada 6 meses
	Entre 350 células/mm ³ e 500 células/mm ³	Anualmente
	Acima de 500 células/mm ³ em 2 exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar
PVHA sem uso de Tarv, ou em caso de evento clínico ^(a) , ou em falha virológica	Qualquer valor	A cada 6 meses
Profilaxia ou presença de infecções oportunistas	Qualquer valor	A cada 3 meses

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: CD4 = linfócitos T-CD4+; TARV = terapia antirretroviral; pessoa vivendo com HIV ou aids = pessoa vivendo com HIV ou aids.

(a) Toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon etc.).

Em indivíduos esplenectomizados ou em uma parcela daqueles que apresentam coinfeção com o vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV), o valor absoluto da contagem de CD4 pode ser superestimado. Nessas situações, a porcentagem de CD4 se mantém estável e, portanto, deve ser o parâmetro utilizado para a avaliação (Brasil, 2024).

3.12.4 Monitoramento da Carga Viral do HIV

Para PVHIV em tratamento com TARV, o monitoramento laboratorial deve ter como principal foco a carga viral do HIV. Tal medida é essencial para avaliar a eficácia do tratamento e identificar precocemente a falha virológica, que se caracteriza pela detecção de dois exames sequenciais de carga viral detectável (Brasil, 2024). A adesão do paciente influencia diretamente a efetividade da Terapia Antirretroviral. Para que a carga viral seja mantida em níveis indetectáveis e a transmissibilidade do vírus do HIV seja reduzida, é necessário que o paciente consuma, no mínimo, 95% dos antirretrovirais (ARVs) prescritos (Raposo et al., 2021).

Quadro 9 – Recomendação de periodicidade para monitoramento laboratorial de carga viral do HIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PRINCIPAIS OBJETIVOS
PVHA em supressão viral, com estabilidade clínica e imunológica	A cada 6 meses	Confirmar a continuidade da supressão viral e a adesão da pessoa
Início da Tarv ou modificação de Tarv por falha virológica	Após 8 semanas do início da Tarv ou de novo esquema	Confirmar a resposta virológica adequada à Tarv ou ao novo esquema de Tarv e a adesão da pessoa
Confirmação de falha virológica	Após 4 semanas da primeira carga viral detectável	Confirmar a falha virológica e a necessidade de solicitação de exame de genotipagem

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: Tarv = terapia antirretroviral; pessoa vivendo com HIV ou aids = pessoa vivendo com HIV ou Aids

3.12.5 Exames e Avaliações Complementares no Seguimento Clínico

A realização de exames complementares para o acompanhamento de indivíduos vivendo com HIV ou aids é indispensável, sendo sua frequência determinada pela condição clínica do paciente e pela utilização daTARV (Brasil, 2024).

Quadro 10 – Recomendação de periodicidade de exames e avaliações complementares no seguimento clínico de pessoas vivendo com HIV

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES ^(a)
Hemograma completo	Sim	6 a 12 meses	Repetir em 2 a 8 semanas em caso de início ou troca de Tarv com zidovudina. Intervalo de 3 a 6 meses em caso de uso de zidovudina ou outros medicamentos mielotóxicos.
Creatinina sérica e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) ^(b)	Sim	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses em caso de uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).
Exame básico de urina	Sim	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses em caso de uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto, proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES ^(a)
AST, ALT, FA, BT e frações	Sim	3 a 12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de medicamentos hepatotóxicos, doença hepática ou coinfeção com HCV ou HBV.
CT, LDL, HDL, VLDL e TGL	Sim	Anual	Intervalo de 6 meses em caso de alteração na última análise.
Glicemia de jejum^(c)	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL.
PT ou IGRA	Sim	Anual, se exame inicial < 5 mm ou negativo	Iniciar tratamento para infecção latente quando PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo, excluída TB ativa.
Teste imunológico para sífilis^(d)	Sim	Semestral/ conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição.
Anti-HCV	Sim	Anual/ conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição. Solicitar carga viral de HCV em caso de anti-HCV positivo ou suspeita de infecção aguda.
Triagem HBV (HBsAg e anti-HBc total)	Sim	Avaliação inicial	Vacinar pessoas não imunizadas. Pessoas imunizadas (anti-HBs reagente) não necessitam nova triagem para HBV.
Escore de risco cardiovascular para avaliação do risco cardíaco	Sim	Anual	Recomenda-se que seja reavaliado a cada mudança de Tarv e de forma mais frequente de acordo com o risco inicial.
FRAX para avaliação do risco de fraturas	Homens e mulheres com mais de 40 anos. pessoa vivendo com HIV ou aids com alto risco de fratura por fragilidade.		

Fonte: Brasil, 2024.

Legenda: PVHA = pessoa vivendo com HIV ou aids; Tarv = terapia antirretroviral; AST = aspartato aminotransferase; ALT = alanina aminotransferase; FA = fosfatase alcalina; BT = bilirrubina total; CT = colesterol total; HDL = lipoproteína de alta densidade; LDL = lipoproteína de baixa densidade; VLDL = lipoproteína de muito baixa densidade; TGL = triglicerídeos; HCV = vírus da hepatite C; HBV = vírus da hepatite B; PT = prova tuberculínica; IGRA = teste de liberação de interferon gama; FRAX = Ferramenta de Avaliação de Risco de Fratura.

- (a) Alterações laboratoriais devem ser investigadas.
- (b) Consultar <http://arquivos.sbn.org.br/equacoes/link/RFG.htm>. Avaliar a coleta de outros exames, quando necessário (ex.: fósforo).
- (c) A dosagem de hemoglobina glicada (Hb1Ac) não deve ser utilizada como parâmetro para o diagnóstico de diabetes em pessoas vivendo com HIV ou aids.
- (d) Consultar o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis”, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo>.

3.13 A Falha da TARV

Ao longo da última década, a terapia antirretroviral tem evoluído significativamente, refletindo em altas taxas de supressão viral, acima de 80% em até 12 meses de tratamento, principalmente com o uso de esquemas em dose fixa combinada. Um estudo realizado em Belo Horizonte entre 2014 e 2015 encontrou taxa de 83,2% de supressão viral (< 50 cópias/mL) aos 12 meses, independentemente do tipo de regime (esquemas multidoses ou dose fixa) (Costa et al., 2018).

Mesmo aqueles pacientes com falha terapêutica inicial, novas estratégias de resgate se mostram eficazes e duradouras, permitindo altas taxas de supressão viral mesmo em casos de resistência. O sucesso da terapia de resgate depende da seleção criteriosa dos medicamentos e da estratégia de composição do novo esquema (Brasil, 2024).

A detecção precoce da falha virológica e a introdução oportuna de uma nova combinação de antirretrovirais são importantes para prevenir a progressão da doença, evitar o acúmulo de mutações de resistência e preservar futuras opções terapêuticas. Esse manejo rápido minimiza o risco de avanço da imunodeficiência (Brasil, 2024).

A falha da TARV é caracterizada pela ausência de supressão viral após seis meses de tratamento ou pelo rebote da replicação viral após um período de supressão. Viremias baixas e transitórias (chamadas "blips"), geralmente abaixo de 200 cópias/mL, não são consideradas falhas virológicas e não preveem falhas

futuras (Brasil, 2024).

No entanto, uma viremia baixa persistente pode indicar emergência de resistência e prever uma falha. A replicação viral contínua, mesmo que parcial, sob TARV leva ao acúmulo de mutações que conferem resistência, limitando futuras opções terapêuticas. A falha virológica é definida como carga viral detectável (>200 cópias/mL) confirmada após seis meses do início da TARV ou após um período de supressão (Brasil, 2024).

Mesmo que a supressão viral seja máxima, 15% a 30% dos pacientes podem não apresentar recuperação total de CD4 (não respondedores imunológicos), especialmente se o início da TARV foi tardio, a contagem inicial de CD4 era muito baixa ou o paciente é idoso. Entretanto, a supressão viral sustentada oferece proteção contra infecções oportunistas, mesmo com recuperação imunológica parcial (Brasil, 2024).

Portanto, infecções oportunistas ou falta de recuperação imunológica sem falha virológica não indicam falha da TARV e raramente justificam mudança do esquema antirretroviral (Brasil, 2024).

3.14 A Falha Virológica

A principal causa de falha da TARV é a não adesão ao tratamento. Essa adesão irregular resulta em níveis séricos insuficientes de medicamentos, o que exerce pressão seletiva e promove a emergência de subpopulações virais resistentes. Essa resistência viral adquirida é uma consequência direta da não adesão e pode levar à falha virológica, mesmo que a medicação seja posteriormente utilizada de forma adequada. Em esquemas baseados em ITRNN, mutações de resistência são detectadas em até 90% dos casos de falha virológica (Brasil, 2024).

A transmissão de vírus resistentes (resistência transmitida), embora menos comum, também contribui para a falha virológica. Contudo, a substituição do efavirenz pelo dolutegravir nos esquemas iniciais mitiga o problema da resistência transmitida, visto que mutações de resistência no gene da integrase permanecem raras (Brasil, 2024).

Outros fatores associados ao risco de falha da TARV incluem esquemas terapêuticos inadequados (seja por insuficiência de potência, baixa barreira genética à resistência ou interações medicamentosas) e comorbidades que comprometem a absorção dos medicamentos (como as que causam vômitos ou diarreia), resultando em baixas concentrações séricas e contribuindo para a falha do tratamento (Brasil, 2024).

Após a confirmação da falha virológica, é recomendável a realização de uma pesquisa de resistência viral aos antirretrovirais em uso, cujo resultado, obtido pela genotipagem, é fundamental para o desenvolvimento de um esquema de resgate que maximize as chances de supressão viral (Brasil, 2024). Para tanto, a genotipagem deve ser realizada em pessoas vivendo com HIV ou aids que estejam em uso de Terapia Antirretroviral e que apresentem falha virológica confirmada, caracterizada por dois exames consecutivos com carga viral detectável, sendo o último exame com carga viral superior a 500 cópias/mL (Brasil, 2024).

A genotipagem funciona amplificando o material genético do vírus presente no plasma do paciente, sequenciando-o e comparando-o com um vírus de referência para identificar mutações que diminuem a sensibilidade aos medicamentos. O teste padrão analisa as regiões da transcriptase reversa e da protease; a análise da região da integrase é feita apenas para quem já utilizou inibidores da integrase (INI). A genotipagem do gene *env*, para verificar genotropismo e resistência à enfuvirtida, é restrita a casos específicos (Brasil, 2024).

Portanto, a realização precoce do teste de genotipagem é crucial, pois reduz o risco de acúmulo de múltiplas mutações, previne a resistência abrangente e aprimora a seleção do esquema de resgate mais adequado (Brasil, 2024).

3.15 Estudos Prévios Sobre o Impacto Imuno-Virológico e Aspectos Sociodemográficos em PVHIV que Abandonaram a TARV

O estudo de coorte retrospectivo de Haguihara et al. (2019), investigou a prevalência e as consequências da falha virológica em PVHIV num centro de referência brasileiro. A pesquisa revelou uma prevalência de falha virológica de

16,1%, superior à média nacional para PVHA adultas. A falha virológica demonstrou ser um fator de risco significativo para mortalidade, com uma taxa superior à observada em outras coortes. Pacientes que foram a óbito apresentaram uma carga viral média mais elevada no momento da falha e uma contagem de células TCD4 inferior a 200 células/mm³ no início do estudo, sugerindo um diagnóstico tardio da infecção pelo HIV. O estudo enfatizou que a perda de seguimento da TARV (definida como ≥ 3 meses sem medicação) e a baixa fidelidade do paciente ao médico assistente foram fatores diretamente associados à mortalidade. Essas interrupções no cuidado influenciam negativamente os resultados do tratamento, contribuindo para a falha virológica e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos.

Fatores como a presença de comorbidades, uso de drogas ilícitas e o diagnóstico de coinfeções como tuberculose, criptococose e sarcomas de Kaposi também foram associados à falha viral e à mortalidade. Adicionalmente, o uso de inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNNs) foi significativamente associado a um maior risco de mortalidade, possivelmente refletindo a maior circulação de cepas de HIV resistentes a essa classe de antirretrovirais na região de Salvador. Os achados reforçam a preocupação com a incidência de falha virológica e a alta mortalidade associada, destacando a necessidade urgente de estratégias para minimizar os problemas de adesão e de acompanhamento, visando a melhores desfechos clínicos para as PVHIV.

Cunha et al. (2025), com um estudo transversal, analisou dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos para identificar os fatores associados à interrupção da TARV. Os resultados evidenciaram que a perda de acompanhamento foi mais frequente entre mulheres e indivíduos com baixa escolaridade. Em Curitiba e Florianópolis, mulheres, especialmente nas faixas etárias de 15 a 39 anos, apresentaram maior probabilidade de abandono, o que pode estar relacionado a responsabilidades familiares, estigma de gênero, sobrecarga doméstica e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Embora a análise por raça/cor não tenha mostrado significância estatística neste estudo, a literatura aponta disparidades raciais na adesão. Em relação à idade, pacientes com 50 anos ou mais em Curitiba e aqueles entre 30 e 39 anos também apresentaram maior risco de interrupção, com estudos anteriores indicando que indivíduos mais jovens podem ter maior chance de não aderir. Em síntese, o estudo ressalta que a interrupção da

TARV é influenciada por fatores sociodemográficos como sexo, idade e, principalmente, escolaridade, que atuam como determinantes da adesão. A consequência direta do abandono é a perda da eficácia do tratamento, com riscos à saúde do paciente. Os achados indicam a urgência de estratégias personalizadas e adaptadas aos contextos territoriais para promover a equidade no acesso e a continuidade do tratamento, minimizando o problema do abandono da TARV.

Mandu et al. (2022), em um estudo transversal e analítico baseado em entrevistas qualitativas, investigaram os motivos do abandono da Terapia Antirretroviral por Pessoas Vivendo com HIV e suas implicações. Os resultados evidenciaram que o abandono é determinado por múltiplos fatores interligados, como a sensação de bem-estar e a ausência de sintomas, que geram a falsa percepção de não necessidade do tratamento contínuo. Os efeitos colaterais da medicação, a fragilidade das redes de apoio social e familiar, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o rompimento do vínculo com as equipes assistenciais também se mostraram elementos centrais. Ademais, o estigma e o preconceito, sobretudo no ambiente de trabalho, foram identificados como aspectos que fragilizam a adesão e comprometem a continuidade do cuidado.

As consequências do abandono da TARV incluem o comprometimento da supressão viral, o aumento da replicação do vírus, o surgimento de doenças oportunistas e o declínio da condição física e mental, afetando diretamente a qualidade de vida das PVHIV. Diante disso, Mandu et al. (2022) defendem a necessidade de fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, promover o acolhimento e a escuta qualificada e implementar estratégias de descentralização do cuidado para a Atenção Primária à Saúde (APS). A utilização de tecnologias leves, como a busca ativa por contato telefônico, e a incorporação de terapias inovadoras, como a TARV injetável, são apontadas como alternativas promissoras para ampliar a adesão e reduzir o abandono. O estudo contribui, assim, para a reflexão sobre a organização dos serviços e o aprimoramento das práticas voltadas à assistência integral e contínua das PVHIV.

Martins et. al. (2022), em uma análise de uma coorte histórica de 528 pacientes em Alvorada (RS) entre 2004 e 2017 evidenciou que a não adesão à TARV persiste como um desafio substancial, com mais de 83% dos pacientes

relatando uso regular, mas uma parcela significativa apresentando irregularidade ou abandono. Esse abandono compromete o controle da infecção, elevando o risco de infecções oportunistas, hospitalizações e desenvolvimento de resistência viral, o que impacta negativamente a supressão viral individual e a saúde pública, pela manutenção da transmissão. O estudo identificou fatores associados à adesão de forma diferenciada por sexo. Para homens, a ausência de sintomas clínicos e a não utilização de crack foram associadas a maior adesão. Já para mulheres, idade acima de 24 anos, ausência de uso de cocaína e, principalmente, a gravidez mostraram-se como fortes propulsores da adesão, sugerindo a vinculação ao pré-natal como um período de maior comprometimento. No entanto, o risco de abandono aumenta no pós-parto. A maior escolaridade também favoreceu a adesão em homens, enquanto o uso de crack e cocaína reduziu a adesão em ambos os sexos. Em suma, a adesão à TARV é multifatorial, influenciada por aspectos clínicos, comportamentais, socioeconômicos e circunstanciais. O abandono é frequentemente reflexo de rupturas no vínculo com o serviço ou percepções equivocadas sobre o tratamento. O estudo ressalta a necessidade de estratégias integradas, monitoramento contínuo e apoio psicossocial, visando a intervenções específicas para populações vulneráveis e a manutenção dos avanços conquistados durante períodos como a gravidez.

Estudo transversal realizado por Silva et al. (2022), em um hospital universitário da região Norte do Brasil, demonstra que a adesão adequada à TARV está diretamente relacionada à frequência das consultas e ao controle da carga viral. A pesquisa identificou que fatores sociodemográficos e socioeconômicos, como maior escolaridade e renda elevada, favorecem a adesão, enquanto pacientes mais jovens, do sexo masculino, casados, residentes em áreas urbanas e com menor tempo de diagnóstico tendem a interromper o tratamento. A interrupção da TARV não apenas compromete o controle individual da infecção, mas também afeta o panorama da saúde pública, ao reduzir a eficácia terapêutica, aumentar a carga viral e potencializar o risco de resistência a medicamentos e de transmissão do HIV. O modelo de assistência do SUS, com a distribuição centralizada de fármacos e o acompanhamento sistemático, é importante para a adesão; contudo, desafios como efeitos colaterais e percepções negativas sobre a TARV persistem, demandando suporte profissional integrado.

A análise dos estudos indica que o abandono da TARV é um desafio

persistente e multifatorial para as PVHIV no Brasil, resultando em consequências graves, como falha virológica, aumento da mortalidade e risco de resistência a medicamentos. Esse problema é influenciado por fatores individuais, como a percepção da doença, o apoio social e o estigma, bem como por aspectos sociodemográficos e estruturais, como sexo, idade, escolaridade, acesso e vínculo com os serviços de saúde. Para promover a adesão, deve-se implementar estratégias integradas que fortaleçam o vínculo entre profissionais e usuários, descentralizem o cuidado, ampliem a educação em saúde sobre a cronicidade da infecção e utilizem tecnologias de monitoramento contínuo, assegurando a continuidade do tratamento e contribuindo para o controle da epidemia (Silva et al., 2022).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de base de dados a partir de bancos de dados eletrônicos (SIMC, SISCEL e SICLOM).

4.2 Contexto

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), é conhecido por ser referência na atenção às PVHIV desde o início da epidemia de HIV no Brasil. Em 16 de outubro de 1987, através da Portaria nº 05 de 13/10/1987, o HUGG torna-se credenciado como "Centro Nacional de Referência em Aids".

No HUGG, as PVHIV são atendidas e acompanhadas no ambulatório de imunologia. O hospital também dispõe de internação hospitalar.

Os pacientes acompanhados no ambulatório de imunologia do HUGG residem no município do Rio de Janeiro e em outros municípios do Estado, bem como, em menor proporção, em outros estados.

O ambulatório conta com duas enfermeiras diaristas, quatro técnicas de enfermagem, sendo duas a cada plantão e médicos(as) clínicos, imunologistas e infectologistas no cuidado às PVHIV.

Atualmente, os pacientes atendidos neste ambulatório não são encaminhados por meio do Sistema de Regulação (SISREG). O atendimento é direcionado, principalmente, a indivíduos que já possuem matrícula ativa na instituição ou que se encontram internados com diagnóstico de HIV, sendo acompanhados também pelos médicos do ambulatório, quando requisitados pelos médicos assistentes.

Além disso, o hospital presta assistência a mulheres grávidas vivendo com HIV, que são acompanhadas em conjunto no ambulatório de pré-natal e no ambulatório de imunologia, assegurando a continuidade do cuidado e o monitoramento adequado durante a gestação.

Os pacientes que necessitam de apoio psicológico são acompanhados por uma profissional da psicologia, exclusiva para as PVHIV. Quando necessário, esses

usuários podem ser encaminhados ao serviço de psiquiatria da instituição, garantindo continuidade e suporte especializado ao cuidado em saúde mental.

O serviço dispõe de um laboratório especializado, o Laboratório de Pesquisa em Imunologia e Aids (LAPIA), que realiza, entre outros, quantificação de linfócitos TCD4 e TCD8 e carga viral do HIV para os pacientes da instituição e também faz parte da referência laboratorial para outros serviços do município do Rio de Janeiro.

Apesar dos serviços prestados, o ambulatório apresenta limitações estruturais e operacionais, como a restrição de espaço físico e o número insuficiente de profissionais que compõem a equipe multiprofissional, o que representa um desafio para a ampliação e qualificação do cuidado oferecido.

Atualmente, há aproximadamente 3.200 pacientes matriculados no ambulatório de imunologia.

4.3 Participantes da Pesquisa

Foram incluídas todas as PVHIV, com idade maior ou igual a 18 anos, que possuem matrícula no HUGG e vinculadas à respectiva UDM.

4.4 Definição de Caso de Perda de Seguimento

Neste estudo, a definição de perda de seguimento adotada baseia-se nos critérios do Sistema de Informação e Monitoramento Clínico (SIMC), que classifica como em perda de seguimento “as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que permanecem por mais de 100 dias sem retirada de antirretroviral (TARV)”. Para maior precisão na identificação dos casos, foi utilizado o SIMC como ponto de partida para rastrear os usuários com atraso na retirada da medicação (Brasil, 2023), a partir do período de tempo citado.

4.5 Critérios de Inclusão

1. Estar em atraso maior que 100 dias consecutivos de retirada da medicação na data da geração da planilha pelo SIMC (Brasil, 2023).
2. Ter matrícula na instituição.
3. Ser vinculado à UDM do HUGG.
4. Ter realizado a última retirada de TARV entre 01/01/2011 e 04/06/2024 (período de tempo com informações disponíveis no SICLOM).

4.6 Critérios de Exclusão

1. Pacientes menores de 18 anos na data da geração da planilha pelo SIMC.
2. Pacientes de outros serviços.
3. Óbitos ocorridos no período estudado.

Quando apareceram pacientes em duplicidade na planilha gerada pelo SIMC foi mantida apenas uma das entradas.

4.7 Coleta e Análise dos Dados

4.7.1 Fontes dos Dados

Inicialmente, foi gerada uma planilha com a relação nominal de pacientes em atraso de retirada por mais de 100 dias consecutivos na data de emissão da mesma, através da consulta ao SIMC, do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde, pelo site <https://simc.aids.gov.br/index.php>. Esta planilha foi gerada pela coordenação da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do HUGG. O SIMC é uma plataforma gerencial criada pelo DCCI, em que são cruzadas informações dos bancos de dados eletrônicos SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais), sendo possível a geração automática de planilhas com diversas informações acerca das PVHIV do serviço.

4.7.2 Identificação dos Pacientes em Óbito

Foi realizada consulta ao portal extrajudicial para nascimentos e óbitos do Estado do Rio de Janeiro, de domínio público, que se encontra hospedado no seguinte endereço eletrônico “<http://www4.tjrj.jus.br/Portal-Extrajudicial/CNO/>”, objetivando a identificação de participantes incluídos no banco de dados gerado pelo SIMC que estivessem em óbito. Este fenômeno se dá pela não comunicação do óbito à UDM. Desta forma, o paciente aparece, erroneamente, em perda de seguimento. Após esta ação, todos os óbitos identificados foram devidamente notificados à UDM do serviço.

4.7.3 Elaboração do Banco de Dados da Pesquisa

O banco de dados utilizado neste estudo reúne informações de PVHIV atendidas em um hospital universitário federal do Rio de Janeiro, vinculadas à respectiva Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).

As variáveis contemplam aspectos sociodemográficos e clínicos relevantes para a caracterização da população e análise do status imuno-viológico, tais como idade, tempo de abandono do tratamento, genotipagem, contagem de linfócitos TCD4 e carga viral.

Foi criado um banco de dados em planilha do Microsoft Excel para Windows, protegido por senha, com as seguintes variáveis sobre as PVHIV em abandono e óbito:

- Nome do usuário.
- Número da matrícula na instituição.
- Data de nascimento/idade.
- Sexo ao nascer (Masculino/Feminino).
- Município de residência.
- Tempo (em dias) da perda de seguimento até a data da geração da planilha no Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) pela farmácia.
- Valores de linfócitos TCD4 e carga viral do HIV na coleta mais próxima à perda do seguimento.
- Esquema ARV em uso por ocasião da perda do seguimento.
- Realização de genotipagem (sim/não)

- Presença de mutações de resistência e respectivas classes em que foram observadas.
- Óbito (sim/não).
- Data do óbito.

Para facilitar a interpretação dos resultados, algumas variáveis contínuas foram categorizadas em faixas, conforme descrito anteriormente:

- Faixa etária.
- Faixa de abandono.
- Faixa de genotipagem.
- Faixa de CD4.
- Faixa de carga viral.

A categorização da faixa etária utilizada neste estudo foi a mesma utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.7.4 Contagem de Linfócitos TCD4 e Carga Viral do HIV

Os valores de carga viral e contagem de linfócitos TCD4, bem como a genotipagem dos pacientes foram obtidos por meio do Sistema de Laudos Laboratoriais para HIV (disponível em: www.laudo.aids.gov.br), ferramenta do Ministério da Saúde que permite o acesso a exames realizados na rede pública de saúde. A busca foi realizada individualmente para cada paciente identificado na base do SIMC, utilizando os dados disponíveis de identificação e conforme os critérios estabelecidos no estudo. Para garantir a ética e a segurança no manejo das informações sensíveis, o pesquisador responsável assinou termo de confidencialidade, conforme exigido pelas normas de uso do sistema, comprometendo-se com a proteção dos dados e o sigilo das informações acessadas.

A contagem de linfócitos TCD4 foi categorizada em três faixas: 0–100, 101–200 e 201–350 células/mm³. A faixa de 0 a 100 células/mm³ foi adotada por corresponder ao critério do Ministério da Saúde para caracterização de 'AIDS avançada'. A categoria de 101 a 200 células/mm³ foi incluída por abranger o intervalo no qual é indicada a maioria das profilaxias para infecções oportunistas,

como pneumocistose e toxoplasmose cerebral. Já a faixa de 201 a 350 células/mm³ foi considerada devido à recomendação de tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTb) nessa população. A classificação adotada permitiu melhor contextualização clínica e programática dos achados do estudo.

Para fins analíticos, a carga viral foi categorizada em três faixas: <40 cópias/mL, 41–200 cópias/mL e 201–1000 cópias/mL. A definição de carga viral <40 cópias/mL foi adotada conforme o limite de detecção de carga viral utilizado pelo Ministério da Saúde considerado indetectável, durante o período estudado. A faixa de 41–200 cópias/mL reflete a convenção amplamente aceita na literatura científica para definição de carga viral indetectável, considerando o limite inferior de quantificação da maioria dos ensaios moleculares. Já a categoria de 201–1000 cópias/mL foi incluída com base em evidências de uma revisão sistemática que demonstrou risco muito baixo de transmissão sexual do HIV com cargas virais até esse valor. Assim, os resultados do presente estudo foram expressos utilizando esses pontos de corte, acompanhados de suas respectivas justificativas clínicas e epidemiológicas.

4.7.5 Identificação dos Pacientes de Outros Serviços

Foram excluídos da análise os pacientes que, embora tivessem registros no Sistema SICLOM vinculados à UDM do HUGG, não pertenciam ao seguimento no hospital, sendo atendidos exclusivamente em outros serviços públicos ou na rede privada. A identificação desses casos foi realizada por meio da análise do nome do médico prescritor constante nos registros do sistema. Foram considerados elegíveis apenas os pacientes cujas prescrições estavam vinculadas a profissionais que atuavam exclusivamente no referido hospital. Médicos reconhecidamente vinculados a serviços externos — públicos ou privados — foram utilizados como critério indireto de exclusão, a fim de garantir a fidedignidade da amostra e evitar a inclusão de usuários que realizavam o seguimento principal em outras instituições.

4.8 Análise Estatística

Para a execução da análise dos dados, foram empregadas técnicas de estatística descritiva com o objetivo de sintetizar as propriedades observadas na amostra populacional estudada. Procedeu-se também à análise estatística inferencial, visando sintetizar as características da amostra e investigar possíveis associações entre as variáveis estudadas, de modo a permitir uma compreensão mais abrangente dos padrões observados e subsidiar a discussão dos resultados.

Para investigar a associação entre variáveis categóricas, foram criadas tabelas de contingência cruzando as variáveis de interesse com as variáveis de agrupamento.

As variáveis categóricas analisadas incluíram sexo, faixa etária, tempo de abandono, faixas de CD4, carga viral e presença de genotipagem.

As faixas foram definidas conforme descrito abaixo:

- **Faixa etária:** 18–39 anos, 40–59 anos, 60–64 anos, 65–69 anos, 70–79 anos e 80 anos ou mais.
- **Faixa de abandono:** recente (< 6 meses), intermediário (6–24 meses) e prolongado (> 24 meses), considerando aproximadamente 30 dias por mês.
- **Faixa de CD4:** 0–100, 101–200, 201–350, > 350 e não informado.
- **Faixa de carga viral:** < 40, 41–200, 201–1000, > 1000 e não informado.
- **Faixa de genotipagem:** sem genotipagem, com genotipagem sem mutações e com genotipagem com mutações.

A escolha do teste estatístico dependeu das frequências esperadas em cada célula da tabela de contingência:

a) Teste do Qui-quadrado de Pearson

Aplicado quando todas as frequências esperadas eram maiores ou iguais a 5, permitindo avaliar se existe associação significativa entre duas variáveis categóricas comparando as frequências observadas com as esperadas sob hipótese de independência.

b) Teste Exato de Fisher (simulado)

Aplicado quando pelo menos uma célula apresentou frequência esperada menor que 5, ou quando mais de 20% das células tinham frequência esperada inferior a 5. Para tabelas maiores foi utilizada a simulação de Monte Carlo para aproximar o valor de p de forma precisa, garantindo resultados confiáveis mesmo em situações com baixa contagem ou pequenas amostras.

c) Interpretação dos Resultados

- O **valor de p** indica a probabilidade de observar diferenças iguais ou mais extremas entre os grupos, assumindo que não há associação real entre as variáveis.
- **$p \leq 0,05$** : rejeita-se a hipótese nula, indicando associação estatisticamente significativa.
- **$p > 0,05$** : não há evidência de associação; as diferenças observadas podem ser atribuídas ao acaso.

4.9 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo foi realizado em observância às diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde, atendendo a todos os aspectos éticos desta resolução. O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), tendo sido aprovado sob o CAAE nº 81206124.6.0000.5258.

Os pesquisadores assinaram termo de compromisso e confidencialidade no acesso aos prontuários e bancos de dados eletrônicos.

5. PRODUÇÃO TECNOLÓGICA

Como produto, foi elaborado um folder com informações sobre adesão à TARV para PVHIV, ilustrada e em linguagem de fácil entendimento (APÊNDICE B). Neste folder estão explicitados os benefícios da adesão ao TARV e de ter carga viral

indetectável, além da qualidade de vida propiciada pela adesão.

Ao final do folder será disponibilizado um QR code que direcionará o usuário para a execução de um áudio/vídeo legendado com conteúdo similar ao do folder, visando incluir as PVHIV que tenham deficiência visual ou não saibam ler (APÊNDICE C).

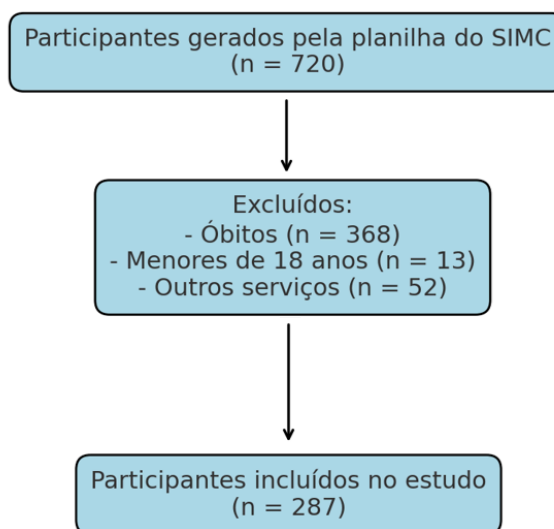
6. FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi integralmente financiada pelo pesquisador.

7. RESULTADOS

A amostra do estudo foi obtida a partir de uma planilha gerada pelo Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC), que identificou 720 pacientes em possível situação de perda de seguimento do tratamento antirretroviral, conforme os critérios do sistema. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram removidos 368 pacientes com registro de óbito no portal extrajudicial para nascimentos e óbitos do Estado do Rio de Janeiro, 13 pacientes menores de 18 anos e 52 pacientes cujos prescritores estavam vinculados exclusivamente a outros serviços públicos ou privados, indicando que o seguimento principal desses indivíduos não ocorria no hospital estudado. Após essas exclusões, foram incluídos na análise final 287 pacientes, considerados elegíveis para o presente estudo (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma do Estudo.



Fonte: Elaboração própria.

O tempo mínimo de perda de seguimento foram 101 dias e o máximo 13 anos. A média de tempo em perda de seguimento foi de 1.869 dias (aproximadamente 62 meses ou 5,1 anos), enquanto a mediana foi de 1.684 dias (cerca de 56 meses ou 4,6 anos).

A seguir, apresenta-se a tabela descritiva com as frequências absolutas e relativas de cada variável (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição geral das variáveis do estudo.

Variável	Categoria	N	%
Sexo			
	F	160	55.75
	M	127	44.25
Faixa etária			
	18 a 39 anos	118	41.11
	40 a 59 anos	123	42.86
	60 a 64 anos	23	8.01
	65 a 69 anos	10	3.48
	70 a 79 anos	10	3.48
	80 anos ou mais	3	1.05
Abandono			
	Recente (< 6 meses)	29	10.10
	Intermediário (6-24 meses)	61	21.25
	Prolongado (> 24 meses)	197	68.64
Faixa CD4			
	0-100	36	12.54
	101-200	23	8.01
	201-350	35	12.20
	> 350	156	54.36
	Não informado	37	12.89
Carga viral			
	< 40	118	41.11
	41-200	15	5.23
	201-1000	23	8.01
	>1000	90	31.36
	Não informado	41	14.29
Genotipagem			
	Sem genotipagem	248	86.41
	Com genotipagem sem mutações	19	6.62
	Com genotipagem com mutações	20	6.97

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

A Tabela 1 apresenta a distribuição geral das variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes incluídos no estudo.

Observa-se a predominância do sexo feminino (55,75%) em relação ao masculino (44,25%).

Em relação à faixa etária, a maioria dos participantes concentra-se entre 18 a 59 anos (aproximadamente 84%), refletindo o perfil mais jovem da população estudada.

No que se refere à faixa de abandono do tratamento antirretroviral, observa-se que 68,64% dos indivíduos apresentaram abandono prolongado (> 24 meses), enquanto 21,25% tiveram abandono intermediário e apenas 10,10% recente.

Quanto à contagem de linfócitos T CD4⁺, verifica-se que mais da metade (54,36%) dos pacientes possuíam valores superiores a 350 células/mm³, indicando relativa preservação imunológica.

Já 12,54% apresentaram contagem inferior a 100 células/mm³, caracterizando imunossupressão acentuada.

Em relação à carga viral, 41,11% dos indivíduos apresentaram valores indetectáveis (< 40 cópias/mL), enquanto 31,36% tinham cargas superiores a 1.000 cópias/mL.

Por fim, observa-se que a maioria dos pacientes (86,41%) não possuía genotipagem registrada, sendo que entre os que realizaram, 6,97% apresentaram mutações de resistência.

A tabela 2 apresenta a distribuição das perdas de seguimento ao longo do período 2011–2024, categorizando os pacientes conforme a duração do abandono em três faixas:

- Abandono recente (< 6 meses): 29 pacientes, representando 10,10% do total (n = 287)
- Abandono intermediário (6–24 meses): 61 pacientes, ou 21,25%
- Abandono prolongado (> 24 meses): 197 pacientes, correspondente a 68,64%

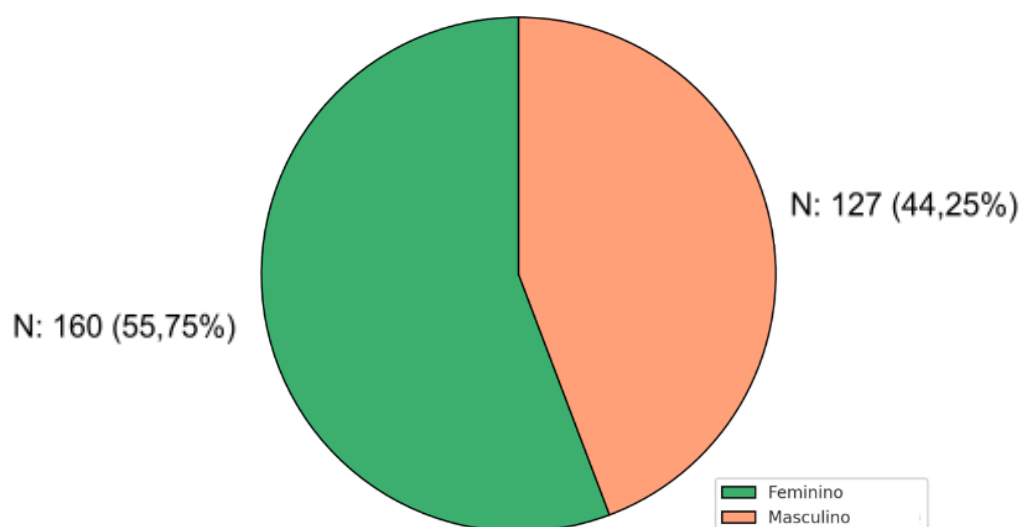
Essas categorias descrevem diferentes fases da perda de seguimento: de desvios temporários a relações mais prolongadas e persistentes com a terapia antirretroviral.

Tabela 2 – Perda de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o tempo de duração. 2011-2024*.

CATEGORIA	N	%
Perda de seguimento recente (< 6 meses)	29	10,10
Perda de seguimento intermediário (6–24 meses)	61	21,25
Perda de seguimento prolongado (> 24 meses)	197	68,64
TOTAL	287	100

Quanto ao sexo ao nascer, 160 pacientes eram do sexo feminino (55,75%) e 127 pacientes eram do sexo masculino (44,25%) (Figura 4)

Figura 4 – Distribuição das perdas de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o sexo ao nascer. 2011-2024*



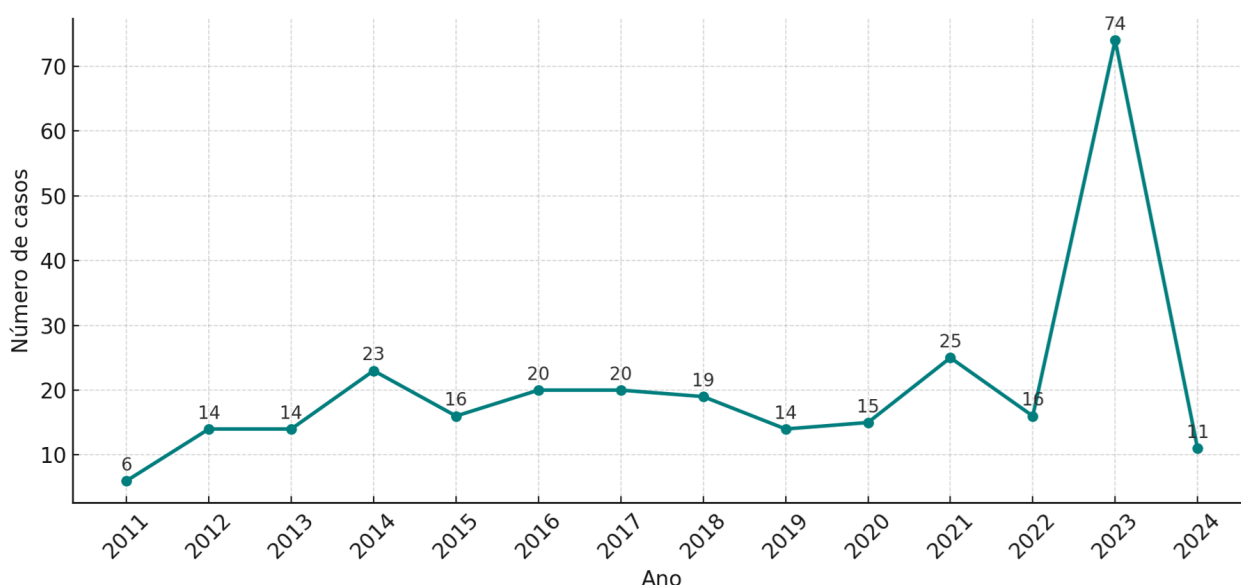
Fonte: Elaboração própria.

* Dados até julho/2024.

Entre os anos de 2011 e 2024, foram identificados 287 casos de perda de seguimento de PVHIV no serviço. A distribuição anual dos casos apresentou algumas variações ao longo do período. O menor número de perdas foi registrado em 2011 ($n = 6$; 2,1%) e o maior em 2023 ($n = 74$; 25,8%). Nos anos iniciais (2011 a 2013), os números permaneceram relativamente baixos, com médias inferiores a 15 casos por ano. A partir de 2014, observou-se um aumento progressivo, com destaque para os anos de 2014 ($n = 23$; 8,0%), 2016 e 2017 (ambos com $n = 20$; 7,0%) e 2018 ($n = 19$; 6,6%).

Após uma leve oscilação entre 2019 e 2022, com valores entre 14 e 25 casos anuais (variando de 4,9% a 8,7%), verifica-se um salto expressivo em 2023, quando o número de perdas de seguimento mais que triplicou em relação ao ano anterior. Em 2024, até o momento da análise (mês de junho), foram registrados 11 casos (3,8%), número inferior ao dos anos anteriores, o que pode estar relacionado à menor janela temporal de observação neste ano. Esses dados evidenciam uma tendência crescente nas perdas de seguimento ao longo dos anos, com um pico em 2023, o que exige reflexão sobre possíveis fatores contextuais e estruturais que contribuíram para tal fenômeno.

Figura 5 – Distribuição das perdas de seguimento de PVHIV de um Hospital Universitário, de acordo com o ano (2011-2024*)



Fonte: Elaboração própria.

* Dados até julho/2024.

A faixa etária com a maior perda de perda de seguimento foi 40-59 anos, seguida por 18-39 anos e 60-64 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com sexo e faixa etária (2011-2024*)

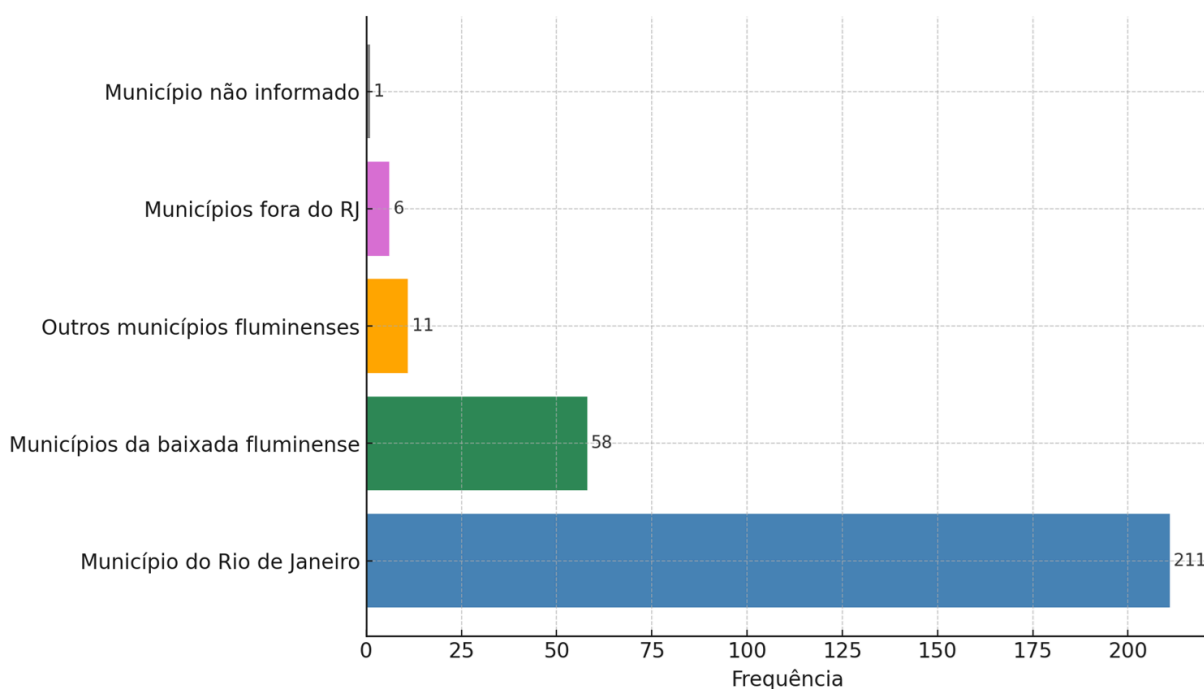
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	%	FEMININO	%	TOTAL
18 a 39 anos:	40	33,9	78	66,1	118
40 a 59 anos:	64	52,0	59	48,0	123
60 a 64 anos:	13	56,5	10	43,5	23
65 a 69 anos:	05	50,0	05	50,0	10
70 a 79 anos:	04	40,0	06	60,0	10
80 anos ou mais:	01	33,3	02	66,7	03
TOTAL	127	44,3	160	55,7	287

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

Dos pacientes em perda de seguimento, 211 (73.5%) eram residentes no Rio de Janeiro, seguido por municípios da baixada fluminense (N: 58/287; 20,2%). Cinco pacientes (1.7%) tinham como local de residência municípios fora do Estado do Rio de Janeiro. Isto pode ser explicado pelo fato de o serviço se tratar de um hospital universitário federal, que não exige que o paciente seja do mesmo município para matrícula. Um paciente era de cidade desconhecida.

Figura 6 – Distribuição das PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com o município de residência (2011-2024*)



* Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Mesquita, Belford Roxo, Nilópolis, São João de Meriti, Queimados.

Trinta e seis pacientes (12,5%) possuíam CD4 menor ou igual a 100 células/mm³ por ocasião da perda do seguimento, sendo que o sexo feminino foi responsável pela maior parte destes casos (n:23/36 - 63,9%). Vinte e três (8 %) possuíam CD4 entre 101 e 200 e 35 pacientes (12,2%) possuíam CD4 entre 201 e 350. Em suma, 94 (32,7%) possuía contagem de CD4 menor que 350, ou seja, eram elegíveis para tratamento de tuberculose latente (ILTb) e profilaxias contra outras infecções oportunistas. Não foi possível obter os dados de trinta e sete pacientes (12,9%).

Tabela 4 – Distribuição da contagem de linfócitos TCD4+ de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um hospital universitário federal, de acordo com o sexo (2011-2024*)

Faixa de CD4	MASCULINO	FEMININO	N	%
0 - 100:	13	23	36	12,5
101 - 200:	14	09	23	08
201 - 350:	19	16	35	12,2
> 350:	63	93	156	54,4
Sem informação	18	19	37	12,9
TOTAL	127	160	287	100

Fonte: Elaboração própria.

Por ocasião da perda de seguimento, aproximadamente 41,5% dos pacientes possuíam carga viral indetectável (menor que 40 cópias/mL). Quinze pacientes (5,2%) possuíam carga viral entre 41 e 200 cópias/mL (baixa viremia) e noventa pacientes (31,4%), possuíam carga viral acima de 1000 cópias/mL. Em quarenta pacientes (13,9%) não foi possível recuperar os valores da carga viral. Não houve diferença expressiva da faixa de carga viral entre os sexos.

Tabela 5 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com o sexo (2011-2024)

Variável	F N = 160 ¹	M N = 127 ¹
faixa_cv		
< 40	64 (40%)	54 (43%)
41-200	12 (7.5%)	3 (2.4%)
201-1000	12 (7.5%)	11 (8.7%)
> 1000	49 (31%)	41 (32%)
Não informado	23 (14%)	18 (14%)
¹ Teste Qui-quadrado de Pearson; p = 0.4241		

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

A Tabela 5 apresenta a distribuição da carga viral em função do sexo dos pacientes. Observa-se que a maioria dos pacientes de ambos os sexos apresenta carga viral < 40 cópias/mL (F: 40%; M: 43%) ou > 1000 cópias/mL (F: 31%; M: 32%). Frequências intermediárias (41–200 e 201–1000 cópias/mL) foram menos representativas.

O teste estatístico aplicado para avaliar a associação entre sexo e carga viral foi o teste do Qui-quadrado de Pearson, indicado pelo fato de todas as frequências esperadas serem adequadas para a aplicação deste teste. O valor de p obtido foi $p = 0,4241$, superior ao nível de significância de 0,05. Essa análise indica que não há evidência estatística de associação entre sexo e carga viral na população estudada. As diferenças observadas nas proporções de cada categoria entre homens e mulheres podem ser atribuídas ao acaso, sem indicação de efeito do sexo sobre a carga viral.

Tabela 6 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa etária (2011-2024)

Variável	18 a 39 anos N = 118 [†]	40 a 59 anos N = 123 [†]	60 a 64 anos N = 23 [†]	65 a 69 anos N = 10 [†]	70 a 79 anos N = 10 [†]	80 anos ou mais N = 3 [†]
faixa_cv						
< 40	45 (38%)	48 (39%)	13 (57%)	5 (50%)	6 (60%)	1 (33%)
41-200	9 (7.6%)	5 (4.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
201-1000	13 (11%)	8 (6.5%)	1 (4.3%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
>1000	35 (30%)	44 (36%)	5 (22%)	3 (30%)	1 (10%)	2 (67%)
Não informado	16 (14%)	18 (15%)	4 (17%)	1 (10%)	2 (20%)	0 (0%)

[†] Teste Exato de Fisher (simulado); $p = 0.8026$

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

A Tabela 6 apresenta a distribuição da carga viral segundo as diferentes faixas etárias dos participantes. Observa-se que a proporção de indivíduos com carga viral abaixo de 40 foi relativamente semelhante entre as faixas etárias de 18 a

39 anos (38%) e 40 a 59 anos (39%), com valores próximos também nas faixas mais avançadas. Da mesma forma, as categorias intermediárias de carga viral (41–200 e 201–1000) apresentaram frequências baixas em todas as faixas etárias, enquanto valores acima de 1000 foram observados em proporções próximas entre adultos e idosos.

O teste exato de Fisher foi aplicado para verificar a associação entre as variáveis, uma vez que algumas frequências esperadas foram menores que 5, o que inviabiliza o uso do teste do qui-quadrado. O resultado indicou ausência de associação significativa entre a carga viral e a faixa etária dos participantes ($p = 0,8026$).

Em outras palavras, não há evidência estatística de que a distribuição da carga viral varie de forma dependente da idade, sugerindo que, dentro deste conjunto de dados, a carga viral se comporta de maneira semelhante entre os diferentes grupos etários.

Tabela 7 – Distribuição da carga viral do HIV de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa de abandono (2011-2024)

Variável	< 40 N = 118 [†]	41-200 N = 15 [†]	201-1000 N = 23 [†]	>1000 N = 90 [†]	Não informado N = 41 [†]
faixa_abandono					
Recente (< 6 meses)	13 (11%)	2 (13%)	2 (8.7%)	9 (10%)	3 (7.3%)
Intermediário (6-24 meses)	27 (23%)	6 (40%)	6 (26%)	22 (24%)	0 (0%)
Prolongado (> 24 meses)	78 (66%)	7 (47%)	15 (65%)	59 (66%)	38 (93%)
[†] Teste Exato de Fisher (simulado); $p = 0.0055$					

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das categorias de carga viral segundo a faixa de abandono do tratamento. Observa-se que a maioria dos indivíduos foi

classificada na categoria de abandono prolongado (> 24 meses) em todas as faixas de carga viral, representando entre 47% e 93% dos casos. O abandono recente (< 6 meses) apresentou baixa frequência, variando de 7,3% a 13%, enquanto a faixa intermediária (6–24 meses) concentrou entre 23% e 40% dos participantes, dependendo da categoria de carga viral.

O teste exato de Fisher foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis, uma vez que algumas categorias apresentaram frequências esperadas inferiores a 5, o que inviabiliza a aplicação do teste do qui-quadrado. O resultado revelou associação estatisticamente significativa entre a carga viral e a faixa de abandono ($p = 0,0055$). Esse resultado indica que a carga viral tende a variar conforme o tempo de abandono do tratamento, sugerindo que indivíduos com abandono mais prolongado apresentam maior probabilidade de possuir cargas virais elevadas. Assim, o tempo de descontinuidade do tratamento parece exercer influência direta sobre o controle da infecção.

Tabela 8 – Distribuição da faixa de CD4 de PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário, de acordo com a faixa de abandono (2011-2024)

Variável	Recente (< 6 meses) N = 29[†]	Intermediário (6-24 meses) N = 61[†]	Prolongado (> 24 meses) N = 197[†]
faixa_cd4			
0-100	1 (3.4%)	5 (8.2%)	30 (15%)
101-200	1 (3.4%)	7 (11%)	15 (7.6%)
201-350	6 (21%)	6 (9.8%)	23 (12%)
> 350	19 (66%)	43 (70%)	94 (48%)
Não informado	2 (6.9%)	0 (0%)	35 (18%)

[†] Teste Exato de Fisher (simulado); $p = 5e-04$

Fonte: Elaboração própria.

* dados até julho/2024.

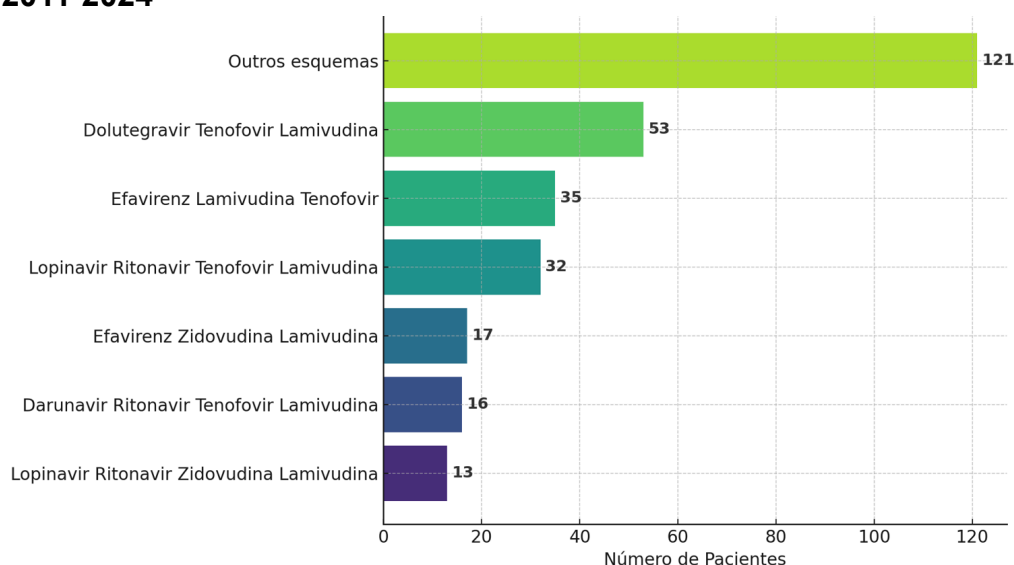
A Tabela 8 apresenta a distribuição das faixas de linfócitos T CD4 em função do tempo de abandono do tratamento. Observa-se que entre os indivíduos com

abandono recente (< 6 meses) e intermediário (6–24 meses), predominam as maiores proporções de pacientes com CD4 acima de 350 células/mm³, correspondendo a 66% e 70%, respectivamente. Por outro lado, entre os pacientes com abandono prolongado (> 24 meses), verifica-se uma redução dessa proporção (48%) e um aumento expressivo das faixas de CD4 mais baixas (≤ 200 células/mm³), indicando possível comprometimento imunológico em indivíduos com maior tempo sem tratamento.

Devido à presença de baixas frequências em algumas categorias, aplicou-se o teste exato de Fisher (simulado). O resultado obtido ($p = 0,001$) demonstra diferença estatisticamente significativa entre a faixa de CD4 e a faixa de abandono. Esse achado sugere que quanto maior o tempo de abandono do tratamento, menor tende a ser a contagem de linfócitos CD4, o que reflete o impacto negativo da interrupção terapêutica sobre a recuperação e manutenção do sistema imunológico.

Os esquemas antirretrovirais utilizados foram altamente variados, totalizando 66 diferentes composições. Para fins de análise e apresentação, os dados foram agrupados por classe da terceira droga utilizada. Os esquemas mais frequentes foram aqueles baseados em Dolutegravir ($n=53$; 18,5%), Efavirenz ($n=35$; 12,2%) e Lopinavir/r ($n=32$; 11,1%), conforme Figura 7. Esquemas menos frequentes ($n < 5$) foram agrupados como ‘Outros’ e estão descritos no apêndice.

Figura 7 – Distribuição dos principais esquemas antirretrovirais utilizados pelas PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário 2011-2024*



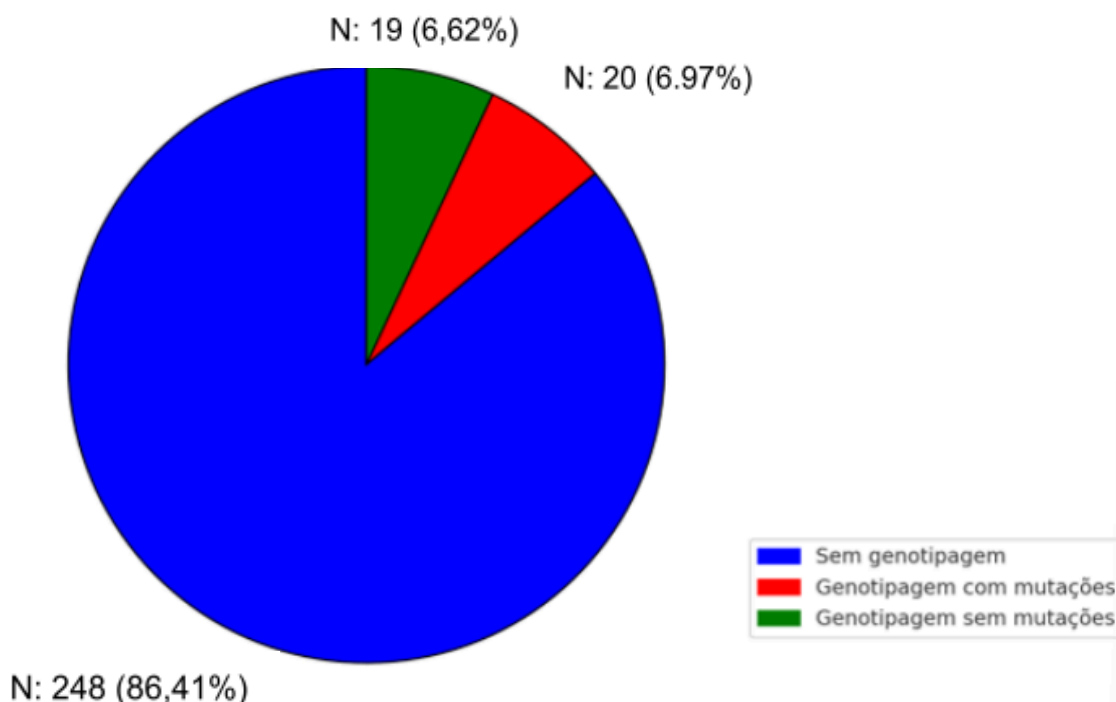
Fonte: Elaboração própria.

* Dados até julho/2024.

O esquema preferencial preconizado pelo Ministério da Saúde a partir de 2018, Tenofovir + Lamivudina e Dolutegravir (N: 53/287; 18,5%), seguido de TDF-3TC-ATV/r (N:47/287; 16,37%), seguido de TDF-3TC-EFZ (N: 35/287; 12,19%), TDF-3TC-DRV/r (N:21/287; 7,31%), AZT-3TC-NVP (N:19/287; 6,62%). Os demais esquemas responderam por aproximadamente 35% do total (Figura 7).

Dos 287 pacientes classificados como em perda de seguimento entre 2011 e 2024, apenas 39 (13,59%) realizaram genotipagem de resistência (Figura 8). A maioria (248 pacientes; 86,41%) não foi submetida ao exame. Entre os pacientes com genotipagem realizada, 20 pacientes (6,97%) apresentaram mutações de resistência, enquanto 19 pacientes (6,62%) não apresentaram mutações detectáveis (Figura 8).

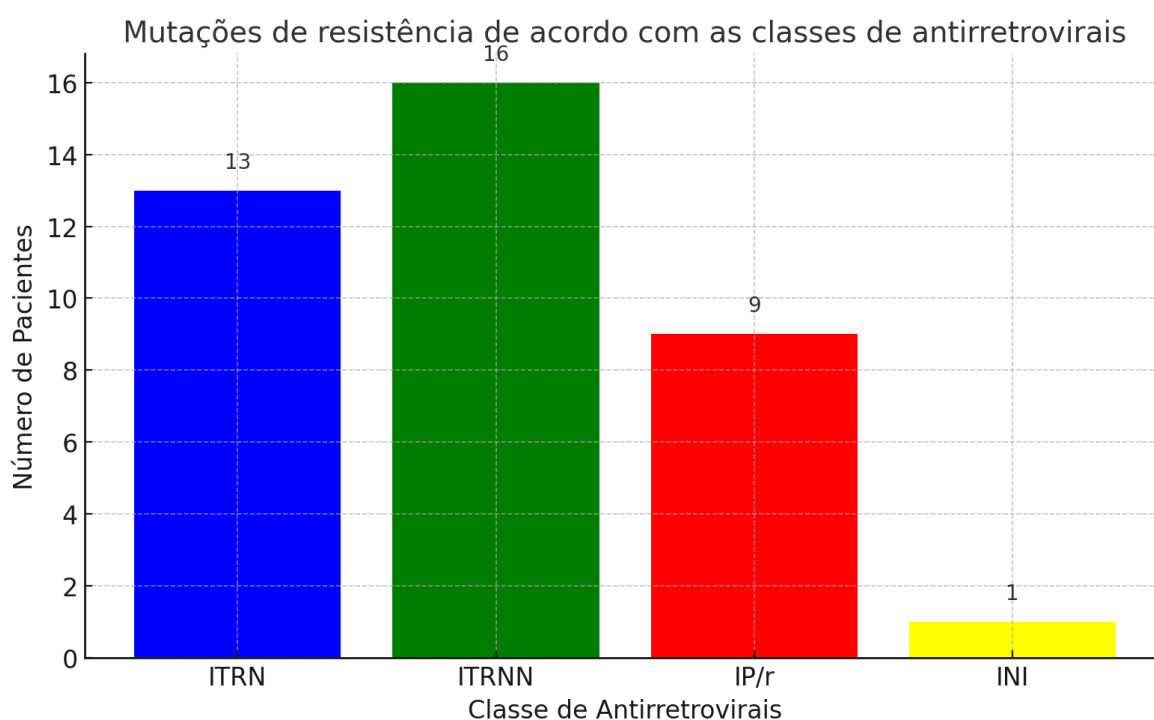
Figura 8 – Distribuição das mutações de resistência aos antirretrovirais em PVHIV em perda de seguimento em um Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro (2011-2024*)



Dentre os 20 pacientes com mutações, as alterações foram mais frequentemente identificadas na classe dos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa

(ITRNN), com 16 casos. Em seguida, destacaram-se os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), com 13 casos, e os inibidores de protease potencializados (IP/r), com 9 casos. Apenas 1 caso apresentou mutação de resistência a inibidores de integrase (INI), o que representa a menor frequência entre as classes avaliadas. Sete pacientes possuíam mutações em apenas 2 classes e seis pacientes possuíam mutações em três classes.

Figura 9 – Frequência das mutações de resistência de PVHIV em perda de seguimento em um Hospital Universitário Federal (2011-2024)



8. DISCUSSÃO

Ao longo do período estudado (janeiro/2011 a julho/2024), o estudo identificou um total de 287 pacientes com perda de seguimento no serviço de referência, após processo sistemático de elegibilidade descrito no fluxograma da amostra (Figura 3). Inicialmente, foram identificados 720 indivíduos por meio da planilha gerada pelo sistema SIMC, na data de 04/06/2024, composta por pacientes com atraso igual ou superior a 100 dias na retirada da terapia antirretroviral (TARV). Desses, 368 foram excluídos por óbito previamente identificado, 13 por serem menores de 18 anos, e 52 por estarem vinculados a outros serviços, conforme os critérios previamente definidos no delineamento metodológico. Essa filtragem rigorosa garantiu a análise focada exclusivamente na população-alvo: adultos vivos e em situação de perda de seguimento no serviço analisado, fortalecendo a validade interna dos achados e permitindo inferências mais precisas sobre o perfil das perdas de seguimento nesse contexto específico.

Considerando uma população total de 3.200 pacientes acompanhados no serviço, observou-se que 287 indivíduos ($\approx 9,0\%$) apresentaram perda de seguimento entre 2011 e julho de 2024. Esse percentual está em conformidade com dados nacionais, segundo os quais aproximadamente 8% dos pacientes em TARV foram classificados como casos de abandono em serviços de referência (Brasil, 2024; Brasil, 2022).

Estudos regionais também apontam variações semelhantes. Em um serviço de assistência especializada no Rio de Janeiro, a taxa de abandono variou entre 7% e 20% ao longo de uma década, sendo associados ao desfecho fatores como desemprego, uso de substâncias psicoativas e sofrimento psíquico (Schilkowsky; Portela; Sá, 2013). Já em Belo Horizonte, uma pesquisa identificou que cerca de 30% dos pacientes realizaram pelo menos uma retirada irregular de antirretrovirais, e número semelhante abandonou completamente o tratamento, embora em contexto de maior vulnerabilidade social (Moehlecke, 2009).

Deve-se considerar, no entanto, que o número de perdas de seguimento aqui identificado pode estar subestimado, uma vez que a análise se baseou em uma planilha gerada em data única, incluindo apenas pacientes com atraso superior a

100 dias na retirada da TARV naquele momento. Assim, casos de abandono intermitente com posterior retorno ao tratamento não foram capturados. Além disso, não foi possível monitorar pacientes que retiravam medicação em outras UDMs, o que limita a identificação de perdas de seguimento ocorridas fora da unidade analisada. Esses fatores podem ter contribuído para uma subestimação da magnitude real do problema.

Dessa forma, a taxa de 9% observada no presente estudo revela uma performance dentro da média dos serviços de referência brasileiros, considerando o longo período analisado e o número absoluto de pacientes acompanhados. Ainda assim, trata-se de um contingente expressivo, que exige estratégias voltadas à retenção em cuidado, com ênfase em ações de busca ativa, escuta qualificada e redução de barreiras de acesso ao serviço.

Na amostra estudada, a média de tempo em perda de seguimento foi de 1.869 dias ($\approx$ 62 meses ou 5,1 anos), enquanto que a mediana ficou em 1.684 dias ($\approx$ 56 meses ou 4,6 anos). Esses valores evidenciam claramente um padrão de abandono prolongado, o que pode refletir barreiras estruturais e individuais para a continuidade do tratamento, como estigma, dificuldades de reintegração ao cuidado e falhas nos sistemas de retenção.

Estudos anteriores mostram que a maioria das perdas de seguimento ocorre nos primeiros meses após o início do tratamento: por exemplo, um estudo etíope identificou que 50% das perdas ocorreram nos primeiros 6 meses, cerca de 30% entre 7 e 12 meses, e apenas $\sim$ 20% entre 13 e 24 meses (Endebu; Taye; Deressa, 2024). Afinal, com o tempo, os pacientes que permanecem no cuidado tendem a estabilizar sua adesão. Em contexto mais recente, definições padronizadas de perda de seguimento recomendam o uso de um ponto de corte a partir de 180 dias (6 meses) sem atendimento (Chi Bh et al., 2011).

Diferentemente desses estudos focados nos primeiros anos de tratamento, os longos intervalos médios observados em nossa amostra sugerem que, no serviço analisado, o abandono frequentemente se estabelece e persiste por anos. Esse padrão prolongado aumenta o risco de falha virológica, seleção de cepas resistentes e piora clínica. Além disso, impacta diretamente na eficácia das intervenções, uma

vez que a supressão viral e a adesão sustentada são fundamentais para prevenção de complicações e transmissão.

Em síntese, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de estratégias contínuas de retenção, não apenas nos primeiros meses de tratamento, mas ao longo de todo o percurso terapêutico. O acompanhamento sistemático e medidas para reintegrar aqueles que já se afastaram representam caminhos cruciais para otimização dos programas de TARV.

A maior parte das perdas identificadas (N: 197; 68,64%) corresponde a abandono prolongado, refletindo descontinuação completa ou abandono persistente. O grupo intermediário (N: 61; 21,25%) reúne atrasos mais significativos, ainda que temporários, enquanto os abandonos recentes (<6 meses) representam uma pequena fração (N: 29; 10,10%), mas podem indicar os momentos mais críticos para intervenções de retenção.

Embora o agrupamento exato por intervalos como menos de 6 meses, de 6 a 24 meses e acima de 24 meses não seja universal, estudos epidemiológicos frequentemente segmentam o tempo de perda de seguimento em períodos semelhantes para capturar dinâmicas temporais distintas. Um estudo na Etiópia relatou que 50% das perdas ocorriam nos primeiros 6 meses, cerca de 30% entre 7 e 12 meses e o restante entre 13 e 24 meses (Endebu; Taye; Deressa , 2024). Outra análise internacional sugere que muitos programas definem perda de seguimento como não comparecimento por mais de 180 dias, ou seja, cerca de 6 meses (Chi Bh et al., 2011)

Esses modelos segmentados são consistentes com a lógica da tabela apresentada, permitindo uma compreensão mais refinada de como o risco de abandono evolui ao longo do tempo.

Observou-se um aumento expressivo dos casos de perda de seguimento em 2023, que corresponderam a 25,8% de todos os registros do período analisado. Considerando que os dados foram extraídos do SICLOM, sistema que monitora em tempo real a retirada de antirretrovirais nos serviços de saúde, esse aumento provavelmente reflete uma elevação real na ocorrência de abandono, e não uma falha de registro retroativo. Contudo, é importante destacar que os abandonos mais

recentes tendem a ser mais visíveis na base, uma vez que pacientes que interromperam o tratamento em anos anteriores tiveram mais tempo para retornar e, por isso, já não constavam como perdas de seguimento na data da extração da planilha. Esse viés temporal pode contribuir parcialmente para a concentração observada em 2023.

Ainda assim, a magnitude do número de casos nesse ano aponta para um fenômeno que merece atenção. Entre as possíveis explicações, destaca-se a fragilização do vínculo com os serviços de saúde nos anos subsequentes à pandemia de COVID-19, com repercussões na continuidade do cuidado. Além disso, condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, dificuldades de acesso, ausência de ações sistemáticas de busca ativa e barreiras operacionais no fluxo de dispensação de medicamentos podem ter agravado o cenário. A análise desse pico recente deve ser aprofundada à luz do contexto local, pois representa uma oportunidade estratégica de intervenção para conter trajetórias de abandono e reforçar políticas de retenção em cuidado.

As diferenças de gênero desempenham um papel significativo na adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), influenciando diretamente os resultados clínicos e o controle da infecção pelo HIV. Santos et al (2023), ressalta que embora os homens representem a maioria dos pacientes em tratamento (59,9%), a taxa de adesão entre eles é de apenas 68%, com maior propensão à não adesão em situações de falha virológica (OR = 1,32), o que sugere um risco aumentado de desfechos desfavoráveis.

No caso das mulheres, especialmente gestantes, as dinâmicas da adesão são distintas. Cerca de 46,7% iniciaram o TARV durante a gravidez, evidenciando uma atenção especial à prevenção da transmissão vertical do HIV (Lima et al., 2025). No entanto, desafios relacionados a fatores biológicos, como flutuações hormonais e condições específicas da saúde reprodutiva, podem afetar a resposta ao tratamento e dificultar a continuidade terapêutica (Lima et al., 2025; Silva et al., 2024).

A literatura diverge quanto à atribuir maior probabilidade de perda de seguimento de acordo com o gênero. Segundo metanálise de Jiang et al (2015),

com base em dados de 32 estudos internacionais, homens mostraram maior risco de apresentar aids avançada ou fazer a apresentação tardia ao serviço de saúde quando comparados às mulheres. A meta-análise indicou que o risco ajustado para homens desenvolverem doença avançada foi 1,73 vezes maior (IC 95%: 1,59–1,89), enquanto a probabilidade de apresentação tardia foi 1,38 vezes maior (IC 95%: 1,18–1,62).

Ademais, aspectos comportamentais também interferem na adesão, como a presença de apoio social. Enquanto esse fator é relevante para todos os indivíduos, as mulheres enfrentam barreiras adicionais relacionadas ao estigma e às responsabilidades reprodutivas (Techi et al., 2023; Barros et al., 2023). Outro ponto relevante é o uso de substâncias, como álcool e drogas, que se apresenta como obstáculo importante, com prevalência e impacto variando entre os sexos (Techi et al., 2023; Barros et al., 2023).

Assim, embora os fatores biológicos e comportamentais influenciem a adesão de maneira diferenciada entre homens e mulheres, é fundamental considerar os determinantes sociais da saúde e o acesso aos serviços como elementos centrais para a melhoria dos desfechos terapêuticos em pessoas vivendo com HIV.

Em Curitiba e Florianópolis, observou-se que mulheres, particularmente na faixa etária de 15 a 39 anos, possuíam uma maior probabilidade de abandono do tratamento. Este fenômeno pode estar associado a responsabilidades familiares, estigma de gênero, sobrecarga doméstica e barreiras no acesso aos serviços de saúde. (Cunha et al., 2025)

Adicionalmente, no que diz respeito à idade, pacientes com 50 anos ou mais em Curitiba e indivíduos entre 30 e 39 anos também demonstraram um risco mais elevado de interrupção. Estudos prévios corroboram essa tendência, sugerindo que pacientes mais jovens podem ter uma predisposição maior à não adesão. (Cunha et al., 2025)

O estudo conduzido por Martins et al. (2022), identificou que os fatores associados à adesão ao tratamento diferem conforme o sexo. Nos homens, a ausência de sintomas clínicos e a não utilização de crack foram correlacionadas com uma maior adesão. Para as mulheres, a idade superior a 24 anos, a não utilização

de cocaína e, de forma notável, a gestação demonstraram ser importantes impulsionadores da adesão, indicando que o acompanhamento pré-natal é um período de maior comprometimento. Contudo, o risco de abandono aumenta no período pós-parto. Adicionalmente, a maior escolaridade foi um fator que favoreceu a adesão em homens, enquanto o uso de crack e cocaína a reduziu em ambos os sexos.

Na análise da contagem de linfócitos TCD4 por ocasião da perda de seguimento, observou-se que 12,5% dos pacientes apresentavam valores iguais ou inferiores a 100 células/mm³, faixa considerada como indicativa de aids avançada segundo definição do Ministério da Saúde (Brasil, 2024). Esses pacientes possuem risco aumentado de adoecimento por infecções oportunistas e são considerados prioritários para o cuidado intensivo, incluindo o início ou reforço de esquemas de profilaxia e monitoramento clínico mais frequente.

Além disso, 8% dos pacientes apresentavam contagem entre 101 e 200 células/mm³, faixa ainda compatível com grave imunossupressão, sendo elegíveis para profilaxias como a do *Pneumocystis jirovecii* e toxoplasmose cerebral. Outros 12,2% tinham CD4 entre 201 e 350 células/mm³, grupo no qual se indica a profilaxia da tuberculose latente (ILT), reforçando a importância do rastreamento adequado mesmo em pacientes aparentemente estáveis.

A maior parte dos pacientes (54,4%) encontrava-se com CD4 acima de 350 células/mm³, o que, à primeira vista, pode sugerir maior estabilidade imunológica. No entanto, mesmo esse grupo está vulnerável a perdas clínicas relevantes, especialmente em cenários de abandono prolongado, nos quais há risco de queda progressiva da imunidade sem monitoramento laboratorial. A presença de 12,9% sem informação sobre CD4 também revela fragilidades nos registros clínico-laboratoriais e reforça a necessidade de integração entre os sistemas de informação (SIMC, SICLOM, SISCEL) e das equipes de vigilância e cuidado.

Esse padrão de distribuição é compatível com estudos prévios que mostram que muitos pacientes perdidos no seguimento ainda mantêm níveis imunológicos relativamente preservados, enquanto uma parcela relevante está em situação de grave imunossupressão no momento do abandono (Taylor-Smith et al., 2024; Geng

et al., 2010). A presença de pacientes com $CD4 < 100$ reflete um risco elevado de morbimortalidade, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias proativas de busca ativa e reinserção precoce no cuidado, especialmente entre os grupos com maior vulnerabilidade imunológica.

Ao analisar a carga viral no momento da perda de seguimento, observou-se que 41,5% dos pacientes apresentavam carga viral indetectável (< 40 cp/mL), sugerindo que muitos mantinham controle virológico antes da interrupção do tratamento. Esse achado sugere que o abandono pode ter sido motivado por fatores psicossociais ou estruturais, e não pela falta de eficácia terapêutica. Em contraste, 31,4% dos pacientes apresentaram carga viral acima de 1.000 cp/mL, configurando falha virológica, e 8,0% tinham viremia intermediária (201–1.000 cp/mL), enquanto 5,2% estavam na faixa de baixa viremia (41–200 cp/mL). A proporção de 13,9% de pacientes sem dados laboratoriais reflete possíveis falhas na solicitação de exames, na integração dos sistemas ou descontinuidade precoce no acompanhamento clínico.

Esse perfil heterogêneo é compatível com achados da literatura que apontam que uma parcela significativa dos pacientes perdidos no cuidado mantém carga viral suprimida no momento da saída, enquanto outros apresentam falha virológica associada à adesão irregular ou interrupções prolongadas (Reynolds et al., 2023; Karch et al., 2023). A descontinuidade intermitente do tratamento favorece a seleção de cepas resistentes, especialmente em contextos de esquemas sub potentes ou não reforçados com barreiras genéticas elevadas (Tamarit et al., 2024).

Estudos de coortes multinacionais revelam que aproximadamente 50% das perdas de seguimento ocorrem nos primeiros 6 meses de tratamento, entre 30% até o 12º mês, e o restante entre 13 e 24 meses (Adugna et al., 2024). Em contraste, o presente estudo identificou tempos medianos superiores a quatro anos, indicando que, no serviço analisado, o abandono sustentado ao longo do tempo é o padrão predominante. Isso reforça a necessidade de estratégias que contemplem não apenas o início da TARV, mas a retenção contínua, com monitoramento ativo e busca ativa mesmo após longos períodos de afastamento.

Por fim, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos em

relação à carga viral no momento da perda de seguimento. No entanto, a literatura destaca que fatores de gênero e vulnerabilidade social, como o estigma e a violência institucional, podem afetar de maneira desigual a adesão ao tratamento, sobretudo em populações historicamente marginalizadas, como mulheres trans e pessoas em situação de rua (Albuquerque et al., 2024).

A maior parte dos pacientes em perda de seguimento na presente casuística fazia uso do esquema com inibidores da protease (N:198/287; 68,9%) e possivelmente já havia apresentado falha virológica ao esquema de TARV inicial, tendo em vista que esta classe é comumente utilizada na composição de esquemas de resgate, já sugerindo possíveis problemas de adesão. Além disso, essa classe é associada a maiores efeitos colaterais do trato gastrointestinal, como diarreia, náusea e vômitos.

O esquema TDF-3TC-EFZ era utilizado por 12,19% dos pacientes. Apesar de sua apresentação em comprimido único, o que se torna um facilitador da adesão, o Efavirenz é conhecido por seus efeitos relevantes sobre a qualidade de vida dos pacientes, sobretudo no que tange aos impactos neuropsiquiátricos. Diversos estudos evidenciam que o uso do EFV está frequentemente associado a sintomas como vertigem, alterações de humor, irritabilidade e sonhos vívidos, os quais podem comprometer a saúde mental e o bem-estar psicológico dos usuários (Fumaz et al., 2005; Apostolova et al., 2015). Embora em alguns casos haja relatos de melhora nos sintomas de depressão e ansiedade ao longo do tratamento (Blanch et al., 2001; Fumaz et al., 2002), um número considerável de pacientes continua a experimentar manifestações neuropsiquiátricas de forma persistente, podendo influenciar na perda do seguimento (Fumaz et al., 2005).

Apenas dezessete pacientes (5,9%) faziam uso de terapia dupla, esquema simplificado contendo apenas dois antirretrovirais principais, quais sejam, DTG+3TC (3/287) e DRV/r + DTG (14/287). Isto pode ser explicado porque um dos critérios para uso da terapia dupla é possuir carga viral indetectável nos últimos 6 meses, ou seja, trata-se de um perfil de paciente com menor risco de perda de seguimento.

Noventa e cinco por cento dos pacientes faziam uso de “backbone” com um análogo de nucleosídeo, sendo o principal deles a Lamivudina.

Observa-se que, dentre os esquemas utilizados pelos pacientes identificados no estudo, havia muitos antirretrovirais já descontinuados (Didanosina, Saquinavir,

Fosamprenavir) ou não sugeridos como primeira escolha pelo Ministério da Saúde (Efavirenz, Nevirapina, Atazanavir, Zidovudina), o que reflete o amplo período de abrangência do estudo (2011-2024), ao longo do qual houve modificação e retirada de alguns antirretrovirais do portfólio do Ministério da Saúde.

A análise revelou uma baixa proporção de genotipagens realizadas entre pacientes em perda de seguimento, o que pode indicar uma limitação na capacidade de monitoramento laboratorial da resistência no contexto do abandono do tratamento. Esse achado é preocupante, pois pacientes que interrompem a terapia antirretroviral por longos períodos podem apresentar falha virológica não documentada, com risco potencial de seleção e transmissão de variantes resistentes do HIV. O PCDT brasileiro (Brasil, 2024) recomenda que os testes de genotipagem sejam realizados o mais rapidamente possível após o diagnóstico da falha virológica, tendo em vista que a viremia persistente, mesmo baixa, pode levar ao acúmulo de mutações e à resistência cruzada nas classes de ARV em uso.

Entre aqueles com mutações, observou-se predominância de resistência aos ITRNN e ITRN, o que é compatível com o uso histórico mais prolongado dessas classes no Brasil, especialmente em esquemas baseados em efavirenz ou nevirapina. A menor frequência de mutações aos IP/r pode estar relacionada ao seu uso mais recente como parte de esquemas de resgate ou a seu maior poder de barreira genética. A resistência a INI foi rara, refletindo provavelmente tanto o uso mais recente dessa classe quanto sua alta barreira genética.

Esses resultados reforçam a importância da realização oportuna de testes de genotipagem, sobretudo em pacientes com histórico de baixa adesão ou perda de seguimento. O fortalecimento do acesso a esses exames, aliado a estratégias de reengajamento no cuidado, pode ser decisivo para o manejo clínico e para a contenção da disseminação de variantes resistentes do HIV.

Mais do que simplesmente interromper o tratamento de forma definitiva, muitos pacientes praticam uma adesão irregular, caracterizada por lapsos intermitentes: deixam de retirar a medicação por períodos e depois retornam ao tratamento. Esse comportamento não configura abandono absoluto, mas representa atrasos ou interrupções transitórias ao longo da jornada terapêutica. Uma das

formas convencionais de quantificar a adesão é pela análise do percentual de retiradas realizadas (por exemplo, proporção de dias cobertos ou número de dispensações), atuando como proxy da regularidade de uso. Estudos mostram que níveis subótimos de adesão proporcionam maior pressão seletiva sobre cepas virais, favorecendo o surgimento de mutações de resistência e comprometendo a eficácia da terapia (Gupta et al, 2012).

Além disso, a falha virológica resultante dessa adesão inconsistente está associada a maiores custos para a saúde pública. Pacientes com resistência ou carga viral detectável exigem mais exames complementares (como genotipagem), uso de terapias profiláticas, tratamento de infecções oportunistas e até internações, elevando os custos tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para a Previdência Social (Nacheva et al., 2011).

Apesar de algumas restrições, o serviço busca oferecer um atendimento integral, incluindo acompanhamento psicológico e, quando necessário, encaminhamento ao serviço de psiquiatria. Entretanto, o quantitativo de profissionais e as limitações do espaço físico representam desafios para a ampliação e qualificação da assistência prestada.

Nesse contexto, destaca-se a relevância da busca ativa de pacientes que interrompem o acompanhamento ou deixam de comparecer às consultas e retiradas de medicação. Essa estratégia é essencial para identificar precocemente situações de vulnerabilidade, prevenir falhas terapêuticas e promover o retorno ao tratamento, contribuindo para a continuidade do cuidado e a efetividade das ações do serviço.

Adicionalmente, sugere-se a implementação de um sistema informatizado próprio do serviço que gere alertas automáticos para a equipe de saúde em casos de ausência às consultas ou de não retirada da medicação dentro de um período pré-estabelecido. Tal ferramenta pode facilitar a identificação de pacientes em risco de perda de seguimento, possibilitando intervenções oportunas e fortalecendo as ações de adesão e acompanhamento contínuo.

Como limitações deste estudo temos que a base de dados utilizada, extraída do software SIMC, refletia apenas os pacientes que apresentavam atraso superior a 100 dias na retirada da terapia antirretroviral no momento da geração da planilha.

Dessa forma, indivíduos que estiveram em situação de abandono temporário, mas que retornaram ao tratamento em mais de 100 dias antes da data de extração dos dados, não foram incluídos na amostra. Esse recorte metodológico pode ter resultado na subestimação da real magnitude das perdas de seguimento, uma vez que não abrange casos de adesão irregular ou interrupções transitórias da TARV.

Trata-se, portanto, de uma análise pontual, centrada nos casos de abandono persistente, que não contempla integralmente a dinâmica da adesão ao tratamento ao longo do tempo.

Outra limitação foi a impossibilidade de identificar pacientes vinculados ao serviço analisado que, porventura, realizavam a retirada de medicamentos antirretrovirais em outras Unidades Dispensadoras de Medicamentos. Como os dados disponíveis estavam restritos à base local do sistema, não foi possível mensurar o número de casos nessa situação, o que pode ter contribuído para uma subestimação adicional das perdas de seguimento. Contudo, o critério de inclusão foi claramente definido, considerando apenas os pacientes registrados como vinculados à UDM do próprio serviço.

Ressalta-se a ausência de variáveis sociodemográficas relevantes, como raça/cor, estado civil e escolaridade que não estavam disponíveis no banco de dados analisado.

Por fim, os motivos que levaram à perda de seguimento dos pacientes não puderam ser investigados, uma vez que essa informação também não estava contemplada na base de dados e fugia ao escopo do trabalho, mas poderá ser investigado em pesquisas futuras.

9. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam a relevância de compreender o perfil imuno-virológico e sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV que interromperam o tratamento antirretroviral no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, entre janeiro de 2011 e junho de 2024, alcançando o objetivo geral proposto.

A análise dos 287 casos identificados como em perda de seguimento revelou um número expressivo de indivíduos afastados do cuidado contínuo, sendo que a maioria dos abandonos identificados foi prolongada, com média superior a cinco anos.

Foi possível estimar o quantitativo global e anual de pacientes em perda de seguimento, revelando tendência crescente ao longo do período e um pico expressivo em 2023, possivelmente associado a múltiplos fatores, como os impactos da pandemia de COVID-19, vulnerabilidade social, dificuldades logísticas e ausência de estratégias sistematizadas de busca ativa.

Também foi calculada a média de perda de seguimento, observando-se que mais de dois terços dos pacientes identificados permaneceram afastados por mais de 24 meses, o que amplia o risco de adoecimento, mortalidade e manutenção da cadeia de transmissão do HIV.

No campo sociodemográfico, o estudo descreveu a distribuição por sexo, faixa etária e município de residência, destacando maior prevalência de perda de seguimento entre o sexo feminino e na faixa etária de 40 a 59 anos, com predominância de residentes no município do Rio de Janeiro.

Quanto ao tratamento, foram identificados os principais esquemas antirretrovirais em uso no momento da perda do seguimento, como Dolutegravir, Efavirenz e Lopinavir/r, refletindo a evolução dos protocolos terapêuticos ao longo do período, mas também apontando para desafios persistentes relacionados à adesão, tolerância e efeitos adversos.

Ainda nesse eixo, foram analisados os resultados de genotipagens disponíveis, embora em pequena proporção, com detecção de mutações de resistência principalmente nas classes de ITRN e ITRNN, o que sinaliza a

importância de ampliar o acesso a este exame como parte essencial do manejo clínico, especialmente para pacientes com histórico de adesão irregular ou falha virológica.

Do ponto de vista clínico-laboratorial, foram descritas a contagem de linfócitos TCD4 e a carga viral mais próxima da perda de seguimento, evidenciando desde pacientes com imunossupressão grave até indivíduos com carga viral indetectável, o que reforça a heterogeneidade do grupo e a necessidade de estratégias diferenciadas de acompanhamento.

Além disso, foram identificados e notificados à UDM os pacientes em óbito, cumprindo o previsto nos objetivos deste estudo.

Como produto final, foi elaborado e disponibilizado um folder educativo com linguagem acessível, direcionado às PVHIV acompanhadas no serviço, abordando conceitos básicos sobre HIV, adesão e qualidade de vida. Essa iniciativa constitui uma ferramenta promissora no fortalecimento da adesão, sobretudo quando articulada a equipes multiprofissionais capacitadas para acolher, orientar e monitorar continuamente os usuários do sistema de saúde.

Compreender o perfil das PVHIV em perda de seguimento é importante, não apenas para identificar os fatores que determinam o afastamento do cuidado, mas também para orientar intervenções precoces, consolidar políticas públicas de saúde e assegurar o acesso equitativo à atenção integral, contribuindo para o alcance das metas de supressão viral estabelecidas por organismos nacionais e internacionais. Nesse contexto, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem-se nessa caracterização, bem como na análise dos múltiplos determinantes que favorecem o abandono do tratamento.

Portanto, este estudo alcançou os objetivos delineados e contribuiu para uma melhor compreensão do fenômeno da perda de seguimento em TARV no cenário analisado, ressaltando a necessidade de estratégias de busca ativa, criação e integração dos sistemas de informação com geração de alertas, ampliação do acesso à genotipagem e intervenções educativas permanentes, capazes de promover adesão contínua e reduzir os impactos clínicos e epidemiológicos desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

ADUGNA, B. Z. et al. Time to loss to follow-up and its predictors among HIV-positive adults on antiretroviral therapy in Ethiopia. **BMC Infectious Diseases**, Londres, v. 24, n. 1, p. 1–10, 2024. Disponível em:

<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-024-10089-6>.

Acesso em: 5 ago. 2025.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Desigualdades de gênero e barreiras ao cuidado em HIV/AIDS entre mulheres trans no Brasil. **BMC Public Health**, Londres, v. 24, n. 1, p. 1–12, 2024. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18224-3>.

Acesso em: 5 ago. 2025.

APOSTOLOVA, N. et al. Efavirenz and the CNS: what we already know and questions that need to be answered. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, Oxford, v. 70, n. 10, p. 2693–2708, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/jac/dkv183>.

Acesso em: 29 jul. 2025.

BARROS, C. R. dos S. et al. Fatores associados à viremia do HIV entre mulheres trans e travestis nas cinco capitais brasileiras, 2019-2021: estudo multicêntrico.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 33, spe1, 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/s2237-96222024v33e2024412.especial.pt>. Acesso em: 29 jul.

2025.

BARROS, M. E. et al. Estigma, apoio social e adesão ao tratamento do HIV: uma análise por gênero. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 998–1010, 2023.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/e9981010>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BLANCH, Jordi et al. Preliminary data of a prospective study on neuropsychiatric side effects after initiation of efavirenz. **JAIDS – Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 336–343, 1 ago. 2001. DOI:

<https://doi.org/10.1097/00042560-200108010-00013>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BOAS, V. L. V. et al. Estratégias e barreiras na aderência à terapia antirretroviral. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 3, p. 387–391, 2019. DOI:

10.34019/1982-8047.2018.v44.13955. Acesso em: 19 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids: monitoramento clínico do HIV, relatório 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2022.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_manejo_hiv_adultos_2013.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos – Módulo I: tratamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 116 p. ISBN 978-65-5993-587-1. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Circuito rápido da AIDS avançada – fluxogramas [recurso eletrônico]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 48 p. il. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/circuito-rapido-da-aids-avancada-fluxogramas.pdf/view>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 130 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais, n. 84). ISBN 978-85-334-0547-9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 6 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico: HIV e Aids – Número Especial, Dezembro 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids**. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. ISBN 978-65-5993-426-3. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids-atual/view>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho**. 2002. 166 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29042010-095820/publico/ElenRoseLodeiroCastanheiraDoutorado.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2025.

CHI, B. H. et al. Universal definition of loss to follow-up in HIV treatment programs: a statistical analysis of 111 facilities in Africa, Asia, and Latin America. **PLoS Medicine**, [S.l.], v. 8, n. 10, e1001111, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001111>. Acesso em: 5 ago. 2025.

COSTA, Juliana de Oliveira et al. Efetividade da terapia antirretroviral na era de medicamentos em dose fixa combinada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, art. 87, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/c7fsGTScvhKbBZ8sdfVQ6MD/?lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2025.

CUNHA, Ana Paula da et al. Fatores associados à interrupção do tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/Aids em municípios brasileiros entre 2019 e 2022. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 28, e250015, 2025. DOI: 10.1590/1980-549720250015. Acesso em: 2 jul. 2025.

ELLWANGER, Maurício Pratzel et al. Temporal trend of HIV/AIDS incidence and mortality in Brazil, from 2009 to 2019. **Anais New Science Publishers** | Editora Impacto, [S.l.], I Congresso Internacional Multidisciplinar de Ciências da Saúde – I CIMS, ed. out. 2024. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/ans/article/view/991>. Acesso em: 30 jun. 2025.

ENDEBU, T.; TAYE, G.; DERESSA, W. Rate and predictors of loss to follow-up in HIV care in a low-resource setting: analyzing critical risk periods. **BMC Infectious Diseases**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 1176, 18 out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10089-6>. Acesso em: 5 ago. 2025.

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e63158, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>. Acesso em: 6 ago. 2025.

FUMAZ, C. R. et al. Long-term neuropsychiatric disorders on efavirenz-based approaches: quality of life, psychological issues and adherence. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, Oxford, v. 56, n. 5, p. 880–885, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1093/jac/dki341>. Acesso em: 29 jul. 2025.

FUMAZ, C. R. et al. Psychological stress is associated with virological failure in HIV-1-infected patients. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, New York, v. 30, n. 2, p. 523–524, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1097/00126334-200206010-00025>. Acesso em: 29 jul. 2025.

GENG, Elvin H. et al. Retention in care and connection to care among HIV-infected patients in sub-Saharan Africa: systematic review. **The Lancet Infectious Diseases**, Londres, v. 10, n. 9, p. 607–617, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70126-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70126-5). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309910701265>. Acesso em: 5 ago. 2025.

GUPTA, R. K. et al. Global trends in antiretroviral resistance in treatment-naïve individuals with HIV after rollout of antiretroviral treatment in resource-limited settings: a global collaborative study and meta-regression analysis. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9849, p. 1250–1258, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61038-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61038-1). Acesso em: 29 jul. 2025.

HAGUIHARA, T. et al. Factors associated with mortality in HIV patients failing antiretroviral therapy, in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 160–163, 1 maio 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9428215/>. Acesso em: 1 ago. 2025.

HORBERG, Michael et al. Primary care guidance for providers of care for persons with human immunodeficiency virus: 2024 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**, 2024, art. ciae479. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciae479>. Acesso em: 29 jul. 2025.

JIANG, Hongbo et al. Gender difference in advanced HIV disease and late presentation according to European consensus definitions: a meta-analysis. **Scientific Reports**, [S.l.], v. 5, art. 14543, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep14543>. Acesso em: 29 jul. 2025.

KARCH, Anne et al. Virologic outcomes following loss to follow-up in ART programs: a cohort analysis from South Africa. **Open Forum Infectious Diseases**, Oxford, v. 10, n. 12, p. ofad562, 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/ofid/article/10/12/ofad562/7394902>. Acesso em: 4 ago. 2025.

KASTEN, Mary J. Primary care of the person living with HIV. **Pathogens**, Basel, v. 11, n. 4, art. 380, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/pathogens11040380>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9025375/pdf/pathogens-11-00380.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

LEADEBAL, O. D. C. P. et al. Cuidado às pessoas vivendo com AIDS: enfoque nas ações de educação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. 9524, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.9524>. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.9524>. Acesso em: 12 out. 2025.

LIMA, F. M. et al. Adesão à TARV durante a gestação: um estudo de coorte em unidades de atenção primária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 98–105, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/e2025098/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

MANDU, J. B. S. et al. Coping with the health condition from the perspective of people with HIV who abandoned treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, supl. 2, p. e20210958, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0958pt>. Acesso em: 5 ago. 2025.

MARTINS, R. S. et al. Eventos marcadores associados à adesão ao tratamento para HIV/aids em um estudo de coorte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57,

e20, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219>. Acesso em: 6 ago. 2025.

MCHALE, T. C. et al. Diagnosis and management of cryptococcal meningitis in HIV-infected adults. **Clinical Microbiology Reviews**, [S.l.], v. 36, n. 4, e00156-22, nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1128/cmr.00156-22>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10870732/pdf/cm...22.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

MENEZES, David R. et al. Clinical outcomes and antiretroviral therapy in ‘elite’ controllers: a review of the literature. **Journal of the International AIDS Society**, [S.l.], v. 18, n. 1, e19165, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6816117/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

MENEZES, Elielza Guerreiro et al. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 299–304, maio/jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>. Acesso em: 6 ago. 2025.

MOEHLECKE, Renata. **Estudo aponta alto percentual de abandono de tratamento por pacientes com HIV em Belo Horizonte**. Agência Fiocruz de Notícias, 2009. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-aponta-alto-percentual-de-abandono-de-tratamento-por-pacientes-com-hiv-em-bh>. Acesso em: 4 ago. 2025.

MWANGWA, F. et al. Provider and patient perspectives of rapid ART initiation and streamlined HIV care: qualitative insights from Eastern African communities. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**, [S.l.], v. 20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/23259582211053518>. Acesso em: 5 jul. 2025.

NACHEGA, J. B. et al. Adesão ao tratamento do VIH, resistência aos medicamentos, falência virológica: conceitos em evolução. **Alvos de Drogas para Doenças Infeciosas**, v. 11, n. 2, p. 167–174, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/187152611795589663>. Acesso em: 5 ago. 2025.

NAVASARDYAN, I. et al. HIV–TB coinfection: current therapeutic approaches and drug–drug interactions. **Viruses, Basel**, v. 16, n. 3, art. 321, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1999-4915/16/3/321>. Acesso em: 4 jul. 2025.

PERNO, C. F. et al. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 31, supl. 3, p. S118–S122, 15 dez. 2002. DOI:

<https://doi.org/10.1097/00126334-200212153-00006>. Acesso em: 5 ago. 2025.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1201–1208, jun. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wghzVXCLJFrmVC8Zsc75wRn/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 1 jul. 2025.

RAPOSO, Mariana Amaral et al. Efetividade do tratamento antirretroviral após 12 e 66 meses em centro de referência para pessoas vivendo com HIV, Belo Horizonte, Minas Gerais (2012-2018). **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 31, art. e31101, 2021. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/2767/e31101.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2025.

REMIEN, R. H. et al. Adesão à terapia antirretroviral em um contexto de acesso universal, no Rio de Janeiro, Brasil. **AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 19, n. 6, p. 740–748, 2007. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/09540120600842516>. Acesso em: 5 ago. 2025.

REYNOLDS, Sarah J. et al. HIV viral suppression among patients lost to follow-up: a global systematic review. **National Institutes of Health**, Bethesda, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12272902/>. Acesso em: 4 ago. 2025.

ROMEU, G. A. et al. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2012. Disponível em:

<https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/download/116/117>. Acesso em: 17 set. 2025.

SADIROVA, D. et al. Incidence rate and risk factors for tuberculosis among people living with HIV: a 2015–2017 cohort from Tashkent, Uzbekistan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 11, art. 5746, 27 maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115746>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8199393/pdf/ijerph-18-05746.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SANTOS, J. A. et al. Padrões de adesão à TARV e falha virológica em pacientes com HIV: um estudo multicêntrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. e20231245, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/e20231245/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

SANTOS, W. J. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1028–1037, nov./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cnfQGW746r6GtXXpBbfRKkL/>. Acesso em: 5 ago. 2025.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305–2316, out. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>. Acesso em: 5 ago. 2025.

SILVA, A. F. da et al. Circuito rápido para enfrentamento da AIDS: uma alternativa de gestão e gerência do cuidado para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, supl. 1, p. 102983, out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102983>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SILVA, J. A. et al. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188–1198, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106914>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26200367>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SILVA, Luciana Paula da et al. Perfil epidemiológico e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes ambulatoriais de um hospital universitário da região norte. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. e47911123128259, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.28259>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28259>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SILVA, R. C. et al. Desafios clínicos da TARV em gestantes vivendo com HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Infecciosas**, Salvador, v. 28, n. 1, p. e2024-015, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbdi/a/e2024015/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

SOARES, R. C. A. et al. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: a cross-sectional study. **São Paulo Medical**

Journal, São Paulo, v. 137, n. 6, p. 479–485, nov./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0212170919>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9754276/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

TAMARIT, Carla et al. Selective pressure and resistance mutations in HIV: the role of treatment interruptions and adherence fluctuations. **Scientific Reports**, Londres, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-96631-1>. Acesso em: 4 ago. 2025.

TAYLOR-SMITH, Kayleigh et al. Understanding loss to follow-up in HIV care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **BMC Public Health**, Londres, v. 24, n. 1, p. 1–13, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11488147/>. Acesso em: 5 ago. 2025.

TECHI, L. de C. et al. Adesão à terapia antirretroviral por pacientes com HIV no Brasil e fatores que a prejudicam: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 12, n. 9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43123>. Acesso em: 29 jul. 2025.

TECHI, L. C. et al. Fatores psicossociais e comportamentais associados à adesão ao TARV. **Revista de Epidemiologia e Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. e20230988, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/res/a/e20230988/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

UNAIDS. **A urgência do agora: a AIDS frente a uma encruzilhada**. Relatório global sobre AIDS 2024 – Resumo executivo. 2024. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/RelatorioGlobalPTBR.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2025.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services – DHHS. **Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: what to start**. [S.l.]: Clinicalinfo.HIV.gov, 12 set. 2024. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/what-start-antiretroviral-regimen-initial-therapy>. Acesso em: 5 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach**. Geneva: WHO, 2021. Cap. 4.2 –

ART initiation in people with HIV-associated TB. Disponível em: <https://tbksp-test.who.int/en/node/2778>. Acesso em: 29 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. 2. ed. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572730/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **HIV and AIDS: fact sheet**. Geneva: WHO, 15 jul. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Acesso em: 28 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **How AIDS changed everything: MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope to the AIDS response**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf. Acesso em: 1 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Viral suppression for HIV treatment success and prevention of sexual transmission of HIV**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/20-07-2018-viral-suppression-for-hiv-treatment-success-and-prevention-of-sexual-transmission-of-hiv>. Acesso em: 3 jul. 2025.

YU, Y.; LUO, D.; CHEN, X.; et al. Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 18, p. 825, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5731-z>. Acesso em: 1 jul. 2025.

ZUGE, S. S. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 577–589, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769225657>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25657>. Acesso em: 19 jun. 2025.

APÊNDICE A: Distribuição dos principais esquemas antirretrovirais utilizados pelas PVHIV por ocasião da perda de seguimento em um Hospital Universitário (2011-2024).

ESQUEMA	N	%
Abacavir Atazanavir Lamivudina Ritonavir	1	0,35
Abacavir Dolutegravir Lamivudina	1	0,35
Abacavir Efavirenz Lamivudina	1	0,35
Atazanavir Didanosina Entérica Lamivudina Ritonavir	1	0,35
Atazanavir Efavirenz Lamivudina Ritonavir	1	0,35
Atazanavir Lamivudina Nevirapina Ritonavir Tenofovir	1	0,35
Atazanavir Lamivudina Raltegravir Ritonavir Tenofovir	1	0,35
Atazanavir Nevirapina Ritonavir Lamivudina Zidovudina	1	0,35
Darunavir Dolutegravir Maraviroque Ritonavir Tenofovir Lamivudina	1	0,35
Darunavir Etravirina Ritonavir Zidovudina Lamivudina	1	0,35
Darunavir Raltegravir Ritonavir Tenofovir Lamivudina	1	0,35
Didanosina Entérica Lopinavir Ritonavir Zidovudina	1	0,35
Didanosina Entérica Efavirenz Lamivudina	1	0,35
Didanosina Entérica Lamivudina Lopinavir Ritonavir	1	0,35
Efavirenz Lamivudina Lopinavir Ritonavir Tenofovir	1	0,35
Efavirenz Tenofovir Zidovudina Lamivudina	1	0,35
Fosamprenavir Ritonavir Zidovudina Lamivudina	1	0,35
Lamivudina Lopinavir Ritonavir Zidovudina	1	0,35
Lopinavir Ritonavir Nevirapina Tenofovir Lamivudina	1	0,35
Lopinavir Ritonavir Saquinavir Tenofovir	1	0,35
Raltegravir Tenofovir Lamivudina	1	0,35
Darunavir Ritonavir Zidovudina Lamivudina	2	0,70
Lopinavir Ritonavir Tenofovir Zidovudina Lamivudina	2	0,70
Dolutegravir Lamivudina	3	1,05
Fosamprenavir Lamivudina Ritonavir Tenofovir	3	1,05
Nevirapina Tenofovir Lamivudina	4	1,39
Atazanavir Ritonavir Zidovudina Lamivudina	5	1,74
Darunavir Dolutegravir Ritonavir Tenofovir Lamivudina	5	1,74
Zidovudina	5	1,74
Lopinavir Ritonavir Zidovudina Lamivudina	8	2,79
Lopinavir Ritonavir Tenofovir Lamivudina	13	4,53
Darunavir Dolutegravir Ritonavir	14	4,88
Efavirenz Zidovudina Lamivudina	16	5,57
Lamivudina Nevirapina Zidovudina	19	6,62
Darunavir Ritonavir Tenofovir Lamivudina	32	11,15
Efavirenz Lamivudina Tenofovir	35	12,20
Atazanavir Lamivudina Ritonavir Tenofovir	47	16,38
Dolutegravir Tenofovir Lamivudina	53	18,47
	287	100,00

APÊNDICE B: Produto Tecnológico: Folder Informativo “É POSSÍVEL CONVIVER BEM COM O HIV!”

“ É POSSÍVEL CONVIVER BEM COM O HIV!

TOME A MEDICAÇÃO DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO DO SEU MÉDICO

O TRATAMENTO É GRATUITO E GARANTIDO PELO SUS

A ADEÇÃO É FUNDAMENTAL!

ESTE FOLDER É UM PRODUTO TECNOLÓGICO DERIVADO DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado intitulada “STATUS IMUNOVIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV POR OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO”

Mestrando: Enfermeiro Bruno Ricardo Rocha Matias
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Freitas
Coorientador: Prof. MSc. Marcos Davi Gomes de Sousa



O QUE É CARGA VIRAL?

É UM EXAME QUE MOSTRA A QUANTIDADE DE VÍRUS DO HIV QUE EXISTE NO SANGUE. QUANDO ELA FICA TÃO BAIXA QUE O EXAME NÃO CONSEGUE DETECTAR, DIZEMOS QUE A PESSOA ESTÁ COM CARGA VIRAL INDETECTÁVEL.

O QUE É CD4?

É UM TIPO DE LINFÓCITO (CÉLULA DO SISTEMA IMUNE) QUE COMBATE INFECÇÕES E QUE PODE SER DESTRUÍDA PELO HIV. QUANTO MAIOR O NÍVEL DE CD4, MAIS FORTE ESTÁ O SEU SISTEMA IMUNOLÓGICO.

DICAS PARA NÃO ESQUECER DE TOMAR A MEDICAÇÃO:

- ✓ TOME SEMPRE NO MESMO HORÁRIO
- ✓ USE LEMBRETES OU ALARMES NO CELULAR

ALGUNS BENEFÍCIOS DA MEDICAÇÃO:

- CARGA VIRAL INDETECTÁVEL
- O SISTEMA IMUNOLÓGICO SE FORTALECE (CD4 SE ELEVA)
- VOCÊ GANHA ENERGIA, DISPOSIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA



Disponível em: <https://diagabrieladurso.com.br/indelectaveleintransmissivel/>. Acesso em: 15/10/2025.

PESSOAS QUE VIVEM COM HIV COM CARGA VIRAL INDETECTÁVEL POR MAIS DE 06 MESES NÃO TRANSMITEM O HIV PELO SEXO

Assista ao vídeo acessível, que inclui narração em áudio! Basta escanear o QR Code



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Guia de manejo de pessoas vivendo com HIV: manual multidisciplinar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 162 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia-manual-multidisciplinar.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 120 p. Glória A. Ferreira e Mariana Terezo; Série Manuais n. 845. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Infecção pelo HIV, Aids e Hepatites Virais. *Nota informativa n. 5, 2019. Informa sobre o conceito de termo indetectável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 4 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao-e-informacao/notas-informativas>. Acesso em: 15 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: módulo 1*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao-e-informacao/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 15 mai. 2025.

APÊNDICE C: Produto Tecnológico: VÍDEO ACESSÍVEL QUE TRADUZ O FOLDER INFORMATIVO INTITULADO “É POSSÍVEL CONVIVER BEM COM O HIV!”

<https://www.youtube.com/watch?v=tk1fN33wnyU>



ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E STATUS IMUNO-UIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (PVHIV) POR OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81206124.6.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.923.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto: Perfil epidemiológico e status imuno-virológico das pessoas que vivem com hiv (pvhiv) por ocasião da perda de seguimento do tratamento antirretroviral em um hospital universitário federal do rio de janeiro. Estudo transversal, de base de dados eletrônico e análise de prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil epidemiológico e imuno-virológico das PVHIV, vinculadas ao ambulatório de imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), com pelo menos cem dias em atraso de retirada do tratamento antirretroviral na data da geração da planilha.

Objetivo Secundário:

Estimar, ano a ano, o quantitativo de pacientes vinculados ao ambulatório de imunologia do HUGG que se encontram há pelo menos cem dias em atraso retirada do TARV.

Descrever os aspectos sócio-demográficos das PVHIV em perda de seguimento de TARV, incluindo sexo, raça/cor, faixa etária, estado civil, profissão, religião, escolaridade e município de residência. Descrever informações referentes ao HIV, como data do diagnóstico, modo de aquisição, data do início da terapia antirretroviral TARV em uso por ocasião da perda de

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.923.227

seguimento e contagem de linfócitos TCD4 e carga viral antes da perda de seguimento.

Estimar a média de tempo (em dias) da perda de seguimento até o final do período estudado.

Identificar e notificar à UDM os pacientes em óbito. Verificar, dentre os pacientes em óbito, quantos se encontravam em perda de seguimento, por ocasião do falecimento.

Elaborar uma cartilha ilustrada, direcionada às PVHIV, com conceitos sobre qualidade de vida e adesão ao tratamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Vazamento de dados sensíveis que contenham as condições de saúde dos pacientes.

Benefícios:

A não adesão ou baixa adesão ao tratamento e o uso incorreto da TARV são considerados uma forte ameaça para a efetividade do tratamento. Essa questão, além de estar relacionada diretamente à falência terapêutica, facilita a proliferação de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes, implicando na necessidade de utilização de combinação de outras drogas, o que pode comprometer ainda mais a adesão. A PVHIV em abandono de tratamento e/ou acompanhamento é uma futura candidata ao adoecimento, internação hospitalar e mesmo ao óbito, contribuindo para o aumento dos custos associados ao cuidado, além do comprometimento da qualidade de vida pessoal, familiar e social da mesma. Ademais, contribui para a manutenção da cadeia epidemiológica de transmissão deste agravo. Conhecer o quantitativo, bem como o perfil destes usuários, poderá embasar os gestores do serviço quanto à realização de medidas de intervenção precoce frente ao conhecimento do abandono, bem como à busca ativa desses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante com proposta de melhorar o entendimento sobre adesão ao tratamento antirretroviral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de forma adequada. Dispensa de TCLE acatada.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.923.227

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2331868.pdf	25/06/2024 11:24:27		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade_e_compromisso_pesquisadores.pdf	25/06/2024 11:21:01	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_HUGG.pdf	24/06/2024 17:57:24	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	24/06/2024 17:53:43	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/06/2024 17:33:29	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	24/06/2024 17:31:31	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/06/2024 17:26:16	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado.pdf	24/06/2024 17:20:59	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_farmacia.pdf	24/06/2024 17:16:04	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_anuencia_ambulatorio.pdf	24/06/2024 17:13:25	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	24/06/2024 17:08:40	BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.923.227

RIO DE JANEIRO, 01 de Julho de 2024

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5177 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cep.hugg@unirio.br

ANEXO B: TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEL (IS)



Ministério da
Educação

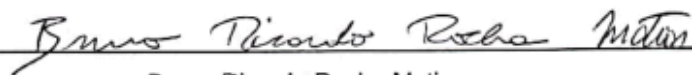
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEL(IS)

Eu, **BRUNO RICARDO ROCHA MATIAS; MARCOS DAVI GOMES DE SOUSA**, pesquisadores responsáveis pelo projeto " **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E STATUS IMUNO-UIROLÓGICO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (PVHIV) POR OCASIÃO DA PERDA DE SEGUIMENTO DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**", declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro: (a) assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações; (b) tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e, (c) comunicar o CEP/HUGG sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios anuais ou por meio de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Comprometo-me também em iniciar o projeto de pesquisa depois da aprovação do(s) CEP proponente e/ou co-participante e/ou, quando pertinente, da CONEP.

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2024

Assinatura: 
Bruno Ricardo Rocha Matias

Documento assinado digitalmente
gov.br MARCOS DAVI GOMES DE SOUSA
Data: 24/06/2024 20:07:52-0303
Verifique em <https://validar.jbr.gov.br>

Assinatura: _____
Marcos Davi Gomes de Sousa