



ARTIGO INFORMATIVO

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA HIV/AIDS: O ESTADO DA ARTE
ANTIRETROVIRAL THERAPY FOR HIV/AIDS: STATE OF THE ART
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA VIH/SIDA: EL ESTADO DEL ARTE

Sebastião Silveira Nunes Júnior¹, Suely Itsuko Ciosak²

RESUMO

Objetivo: descrever a evolução histórica da terapêutica para o HIV/AIDS, as mudanças ocorridas e protocolos atuais. **Método:** estudo descritivo, informativo, com análise dos protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas e busca nas bases LILACS e MEDLINE, abrangendo artigos na íntegra, publicados de 1996 a 2017. **Resultados:** O acesso ao tratamento em alguns países permitiu o aumento e melhoria da sobrevivência. A estratégia de unir três drogas em apenas um comprimido, uma das mais recentes, dentre outros benefícios, busca fortalecer a adesão à terapia antirretroviral. **Conclusão:** a história da adesão à terapia antirretroviral e seu impacto na prevenção do HIV/AIDS continua sendo um grande desafio, cuja meta é o controle e erradicação da epidemia. Nesse sentido, faz-se necessário uma maior conscientização dos profissionais de saúde para fazer parte desta luta, na qual a enfermagem tem importante participação. **Descritores:** Síndrome da imunodeficiência adquirida; Vírus da imunodeficiência humana; Terapia antirretroviral potente (HAART); Enfermagem; Evolução clínica; Protocolos.

ABSTRACT

Objective: to describe the historical evolution of HIV/AIDS therapy, the changes, and current protocols. **Method:** descriptive and informative study with analysis of the clinical protocols of therapeutic guidelines and search in the LILACS and MEDLINE databases, assessing full articles published from 1996 to 2017. **Results:** access to treatment in some countries has promoted survival increase and improvement. The strategy of linking three drugs in just one tablet, one of the most recent, among other benefits, seeks to strengthen compliance with antiretroviral therapy. **Conclusion:** the history of compliance with antiretroviral therapy and its impact on HIV/AIDS prevention remains a major challenge, the goal of which is to control and eradicate the epidemic. In this sense, it is necessary to increase the awareness of health professionals to be part of this fight, in which nursing has an important participation. **Descriptors:** Acquired Immunodeficiency Syndrome; Human immunodeficiency virus; Potent antiretroviral therapy (HAART); Nursing; Clinical evolution; Protocols.

RESUMEN

Objetivo: describir la evolución histórica de la terapia para el VIH/SIDA, los cambios ocurridos y los protocolos actuales. **Método:** estudio descriptivo e informativo con análisis de los protocolos clínicos de directrices terapéuticas y búsqueda en las bases LILACS y MEDLINE, analizando artículos completos publicados de 1996 a 2017. **Resultados:** el acceso al tratamiento en algunos países permitió el aumento y mejora de la sobrevivencia. La estrategia de unir tres drogas en un sólo comprimido, una de las más recientes, entre otros beneficios busca fortalecer la adhesión a la terapia antirretroviral. **Conclusión:** la historia de la adhesión a la terapia antirretroviral y su impacto en la prevención del VIH/SIDA sigue siendo un gran desafío, cuyo objetivo es el control y erradicación de la epidemia. En ese sentido, se hace necesaria una mayor concientización de los profesionales de salud para formar parte de esta lucha, en la cual la enfermería tiene una importante participación. **Descriptores:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Terapia antirretroviral altamente activa (HAART); Enfermería; Evolución clínica; Protocolos.

¹Mestre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: enfsebastiaojr@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3775-9822>; ²Doutora, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: siciosak@usp.br ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), provocou uma epidemia que rapidamente se alastrou pelos cinco continentes, constituindo um grave problema de saúde pública, devido aos agravos à saúde e número de mortes, além do forte impacto na economia dos países. Essa epidemia surgiu em uma época em que as autoridades sanitárias mundiais supunham que as doenças infecciosas estavam controladas, em função das tecnologias e do saber médico moderno.¹

O vírus da AIDS pertence ao grupo dos retrovírus e provoca disfunção imunológica crônica e progressiva no organismo, pelo declínio dos níveis de moléculas do grupamento de diferenciação 4 das células T (Linfócitos T CD4+). Os linfócitos T CD4+, principais alvos do HIV, são células de defesa que memorizam, reconhecem e destroem os microrganismos estranhos que entram no corpo humano. Com isso, alteram a capacidade de defesa, tornando o corpo vulnerável às infecções oportunistas, cânceres e alterações neurológicas com alto grau de letalidade. Quanto menor forem os índices, maior será o risco de o indivíduo desenvolver AIDS.²⁻³

O organismo infectado pelo HIV deve apresentar índices clínicos menores ou iguais a 200 células CD4/ml para o desenvolvimento da AIDS, sendo que, quanto maior a velocidade de perda dessas células, mais rápida será a progressão de infecções relacionadas à AIDS. Desse modo, o número de células CD4+ presentes no sangue é um indicador que pode ser usado para medir a gravidade da doença.³

Até o final da década de 1980, não havia muito conhecimento sobre a patogênese e a história da infecção pelo HIV. Isto dificultava a atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), tornando limitado o tratamento das infecções oportunistas. Desde o início da epidemia, o Brasil registrou 842.710 casos de AIDS no período de 1980 a junho de 2016 e, de 2010 a 2014, houve, em média, 40,6 mil casos novos por ano. Em relação à mortalidade, até dezembro de 2015, foram identificados 303.353 óbitos, ainda que se tenha observado uma leve queda da taxa de mortalidade por AIDS no Brasil, a qual passou de 5,9 por 100 mil habitantes em 2006 para 5,6 em 2015.⁴ Em 1987, com o advento da zidovudina (AZT), surgiu, também, a esperança terapêutica e pesquisas sobre os antirretrovirais (ARV), abrindo novas perspectivas para o tratamento da AIDS.⁵

Os ARVs são fármacos usados para o tratamento de infecções causadas por retrovírus e para profilaxia das doenças oportunistas como a pneumocistose. A utilização dessa terapia vem determinando profunda reformulação na clínica e na epidemiologia da infecção pelo HIV/AIDS.⁶ Desde o surgimento dos primeiros esquemas de ARVs, buscou-se definir critérios e consensos para o início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para AIDS e óbito.

Após décadas desde o aparecimento da epidemia, o tratamento das PVHA sofreu grandes modificações. Os primeiros casos recebiam cuidados paliativos, envolvendo principalmente a enfermagem e a adoção de medicamentos para o controle das complicações infecciosas. Com a evolução das pesquisas, foram adotadas novas combinações de drogas conhecidas como terapia antirretroviral (TARV), cujas funções são: inibir a replicação do vírus no organismo; preservar a função imunológica; reduzir a probabilidade do surgimento de cepas virais mais resistentes; e aumentar o tempo e a qualidade de vida das PVHA.³

O Brasil, ao longo de várias décadas de epidemia, tem se preocupado com a qualidade da assistência à pessoa com HIV/AIDS. Vem se destacando como um dos países modelos de tratamento, controle e atenção à AIDS, promovendo intervenções, principalmente devido à introdução a partir de novembro de 1996, no Sistema Único de Saúde (SUS), da TARV como parte da política brasileira de saúde, contemplando o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos.

Comparada a outras doenças milenares e estigmatizantes, como a tuberculose e a hanseníase, o tratamento da AIDS, em pouco mais de 30 anos, conseguiu um avanço importante, no qual várias drogas foram utilizadas e substituídas. Melhorou-se o seu tratamento e controle, pois os ARVs são também utilizados como forma de diminuição da transmissão do vírus, uma vez que o uso regular diminui consideravelmente a carga viral e, na maioria dos casos, a mantém indetectável.⁷

Considerando estes rápidos avanços, objetivamos relatar neste artigo a evolução histórica da terapêutica para o HIV/AIDS, apontando as principais mudanças ocorridas, os fatores a elas relacionadas e os atuais protocolos que buscam maior efetividade, pelo menor número de eventos adversos e com melhor resposta terapêutica, além da adesão ao tratamento.

● A evolução no tratamento do HIV/AIDS

Poucos estudos relatam a evolução dos ARVs abordando os principais fatores que contribuíram para as alterações nos consensos mundiais. Cada protocolo está atrelado à melhor resposta imunológica e menor efeitos colaterais, buscando garantir uma adesão de 95% conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda.⁷

No início da epidemia, a assistência medicamentosa aos portadores do HIV era considerada precária e limitada. Sua oferta instável, devido ao reduzido arsenal terapêutico disponível e à fragilidade logística da distribuição e dispensação,⁸ limitava-se a atender aos sinais e sintomas das doenças oportunistas, que eram muitas.

Em 1987, a Agência de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos (*Food and Drug Administration - FDA*) aprovou a zidovudina ou azidotimidina (AZT) para uso em pacientes com HIV. Este medicamento foi inicialmente desenvolvido para tratamento do câncer e, após um ensaio clínico randomizado, foi demonstrado que essa droga tinha alguma habilidade em controlar o HIV. Assim, passou a ser utilizado para essa finalidade, sendo considerado como o primeiro ARV empregado no tratamento de HIV/AIDS.⁹

Nos anos 80 e até meados dos 90, a monoterapia com o AZT seguida da terapia dupla eram as únicas opções de tratamento, porém de alto custo, o que limitava o acesso de muitos portadores. A mobilização de profissionais de saúde, ativistas e sociedade civil em prol da luta contra o HIV/AIDS possibilitou a conquista da redução do preço dos ARVs, a inclusão dos procedimentos para o tratamento na tabela do SUS em 1992 e a produção nacional do AZT em 1993.¹⁰

Em 1995, a dupla de nucleosídeos (ITRN) zidovudina e lamivudina (3TC), associado a um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRNN), preferencialmente o efavirenz, foi o primeiro esquema terapêutico oficialmente adotado e recomendado.¹¹ A utilização desse esquema farmacológico levou à inibição da replicação do HIV e diminuição da presença do ácido ribonucleico (RNA) viral no plasma para níveis indetectáveis.¹²

A aprovação de novas classes de ARVs - inibidores de protease, em 1995, aumentou as opções de tratamento.¹⁰ O surgimento dessa nova droga representou um importante marco científico e tecnológico no contexto da epidemia. A partir da criação dessa classe farmacológica, foi possível observar o aumento da sobrevida das PVHA.¹³

Um estudo buscando analisar a ação dessa droga demonstrou que ela apresentava maior eficácia quando comparada a esquemas monoterápicos. Esse achado determinou um novo padrão de tratamento que se estendeu por anos.¹⁴ Tais condutas, a partir de 1996, cederam lugar ao uso da terapia antirretroviral altamente ativa (*Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART*), com a combinação de três ou mais medicamentos.¹⁵ Nesse mesmo ano, o primeiro consenso para TARV regulamentou a prescrição dos ARVs no Brasil, sendo adotado o tríplice esquema de ARV, que combinava dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease.¹⁶

Assim, partir da Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, houve a obrigatoriedade do Estado de distribuir de forma gratuita e universal a TARV.^{17,18} Nessa época, já se registravam mais de 22 mil casos de AIDS e caracterizava-se o processo de feminização, interiorização e pauperização da epidemia.²

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo de Infecção pelo HIV (PCDT), obedecia às recomendações do Ministério da Saúde do Brasil de acordo com as orientações da OMS, no qual a TARV estava indicada para pacientes sintomáticos ou assintomáticos desde que apresentassem contagem de células T-CD4+ abaixo de 200 células/mm.³ Além disso, outros fatores deveriam ser considerados, tais como as características do paciente (motivação, capacidade de adesão, outras comorbidades) e a avaliação da evolução dos parâmetros imunológicos e virológicos.¹⁹ Esse protocolo foi simplificado em 2003 e atualizado em 2006. Mediante o uso da HAART, foi possível alcançar êxitos significativos no tratamento das PVHA, constatando-se a diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS.^{20,21}

Como vimos, após a introdução desse protocolo, houve diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas. Isto deixou os especialistas otimistas em relação ao tratamento, chegando até mesmo pensar na cura. Porém, percebeu-se que o tratamento combinado apenas controlava o vírus no organismo e não o eliminava.

O consenso anterior foi utilizado até meados de 2013, cuja avaliação da resposta ao tratamento utilizou como parâmetros a redução da carga viral e o aumento (ou interrupção da queda) do número de CD4+. A medida desejável da carga viral indetectável deve ser abaixo de 50 ou 80 cópias/ml, em um período de seis meses. A recuperação da

contagem dos linfócitos CD4 geralmente ocorre de forma mais lenta que a redução da carga viral.⁸ É importante salientar que, o esquema farmacológico dos ARVs é ajustado de acordo com a situação específica de cada paciente, dependendo de vários indicadores clínicos e laboratoriais.³

No final de 2013, houve uma alteração no PCDT. O esquema preferencial de primeira linha de terapia antirretroviral tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFZ), utilizada como monodrogas, isto é, distribuídos separadamente, dificultava sua ingestão. Assim, passou a ser fabricado associado, sendo conhecido como dose fixa combinada ou “3 em 1”, objetivando atender melhor às necessidades das PVHA bem como proporcionar mais qualidade de vida e fortalecer a adesão em relação ao tratamento.²²

Esse esquema de terapia começou a ser distribuído em junho de 2014 para novos pacientes que iniciaram a TARV nos dois estados com maior taxa de detecção para HIV, o Rio Grande do Sul e Amazonas.⁵ Em janeiro de 2015 a distribuição ocorreu de forma gradativa em todo o Brasil., A proposta era

facilitar e contribuir para o fortalecimento da adesão à TARV, bem como garantir o sucesso terapêutico, causando impacto direto e positivo na ambiciosa meta: 90-90-90, a qual almejava que 90% das PVHA conhecessem seu diagnóstico; que 90% das pessoas que sabiam de sua soropositividade recebessem a TARV; e que 90% das pessoas que estavam em TARV tivessem sua carga viral suprimida, mantendo-se saudáveis e reduzindo o seu risco de transmissão do HIV.²³

Desde fevereiro de 2017, uma nova proposta de tratamento de primeira linha vem sendo adotada no Brasil, o dolutegravir associado ao tenofovir + lamivudina (dois em um), primeiramente oferecido aos pacientes que iniciaram a TARV pela primeira vez e, em seguida, será ofertada gradativamente. A expectativa é de que 100 mil pacientes sejam atendidos este ano pelo novo tratamento.²³

Para a OMS, esse novo protocolo é o mais indicado para o tratamento de HIV/AIDS e o Brasil adotou essa estratégia como forma de oferecer maior eficiência no tratamento com envolvimento do SUS.²² A evolução histórica dos antirretrovirais nestes últimos 30 anos, pode ser visualizada na Figura 1.

Início da Epidemia	1987	1995	1996-1997	2013	2014	2017
Cuidados paliativos	Azidotimida ou Zidovudina (AZT ou ZDV)	Inibidores da transcriptase reversa	Terapia antirretroviral Altamente Ativa - HAART	Dois em um (tenofovir e lamivudina)	Três em um	Dolutegravir
Métodos alternativos		Lamivudina (3TC)	Combinação dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease		Dose tripla combinada (tenofovir, lamivudina e efavirenz)	Dois em um (tenofovir e lamivudina)
Controle das complicações infecciosas						

Figura 1. Evolução de 30 anos no tratamento do HIV/AIDS. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

*1996 - 1997: Distribuição gratuita e universal dos ARVs, Sistema de Saúde Brasileiro.

*2013: Diretrizes internacionais recomendam o uso de três drogas de pelo menos duas dessas diferentes.

OBJETIVO

- Descrever a evolução histórica da terapêutica para o HIV/AIDS, as mudanças ocorridas e protocolos atuais.

MÉTODO

Trata-se de um artigo informativo, visando descrever a evolução histórica da terapêutica para o HIV/AIDS, as mudanças ocorridas e protocolos atuais. Foram analisados os protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas e realizada uma busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE

(Literatura Internacional em Ciências da Saúde), acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vírus da imunodeficiência humana; Terapia antirretroviral potente (HAART); e Enfermagem. Os critérios de inclusão para a busca foram resumos e artigos na íntegra publicados de 1996 a 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesses trinta anos de epidemia, a ciência avançou aceleradamente nessa área. Atualmente, existem diversos tipos de ARVs para a realização do esquema

medicamentoso. Encontram-se disponíveis em cinco classes de antirretrovirais: inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN); inibidores não nucleosídeos da transcriptase

reversa (ITRNN); inibidores de protease (IP); inibidor de fusão; e inibidor da integrase, conforme apresentado na Figura 2.

Classe	Ação	Antirretroviral
Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reserva	Atuam na enzima transcriptase reserva, incorporando-se à cadeia de DNA criada pelo vírus. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.	Abacavir, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina, Didanosina EC e a combinação Lamivudina/Zidovudina.
Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reserva	Bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus.	Efavirenz, Nevrapina, Efavirens e Etravina.
Inibidores de Protease	Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.	Atazanavir, Darunavir, Lopinavir/, Ritonavir e Tripanavir.
Inibidores de fusão	Impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir.	Enfuvirtida, Maraviroc.
Inibidores da Integrase	Bloqueiam a atividade da enzima integrase responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano, assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.	Rategravir, dolutegravir.

Figura 2. Caracterização das classes, ação esperada e tipo dos antirretrovirais. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais

Essa variedade de ARVs permite maior adequação do tratamento às necessidades de cada paciente, buscando sempre a melhor resposta terapêutica. É consenso na atualidade que o uso da TARV tem eficácia comprovada na melhoria da qualidade e estimativa de vida dos portadores de HIV/AIDS, sendo capaz de alterar a evolução natural da doença e reduzir radicalmente a razão de morbimortalidade. O sucesso da terapia, contudo, depende de outros fatores, como: efeitos adversos; resistência viral; toxicidade das drogas; e adesão ao tratamento.⁸

A sobrevivência dos pacientes portadores do HIV observada em 1989 era de apenas cinco meses, aumentando para 10 meses em 1995. No ano seguinte, foi observado um decréscimo da mortalidade, uma vez que os pacientes tiveram, após o diagnóstico, um acréscimo em sua sobrevida de 58 meses.^{25,26}

Esse aumento na expectativa de vida das PVHA ocorrido a partir de 1996 foi relacionado principalmente à introdução em novembro do mesmo ano da TARV como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos.²⁶ Tal política tornou o Brasil uma referência mundial no tratamento e atenção à AIDS.²⁷ O risco de morrer no primeiro ano foi significativamente menor para os que fizeram uso de dois inibidores da transcriptase reversa ou HAART.²⁸

Novos métodos de combinações de drogas e o desenvolvimento de fármacos cada vez mais potentes e que apresentem menores efeitos colaterais têm proporcionado não só uma

melhor qualidade de vida às PVHA, mas a diminuição da morbimortalidade por AIDS. Isto foi demonstrado por um estudo populacional que apontou a melhora na sobrevida das PVHA, com uma expectativa de vida de 32,5 anos, em média, a partir do início do tratamento.²⁹

Os ARVs apresentaram um importante impacto positivo na vida das PVHA. O seu uso contínuo e correto proporciona às PVHA uma condição imunológica favorável, evitando dessa forma a ocorrência de infecções causadas por doenças oportunistas, desenvolvimento de AIDS e, conseqüentemente, óbito. Porém, devem ser observadas as complicações relacionadas ao seu uso a longo prazo (lipodistrofia, doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais), algumas ainda desconhecidas. Surge assim a necessidade de desenvolver programas de atualização continuada da equipe que assistem as PVHA.¹

Outra situação que requer experiência e conhecimento para o adequado manejo é a TARV em mulheres infectadas pelo HIV. Embora de modo geral as recomendações para terapia sejam semelhantes para homens e mulheres, existem peculiaridades inerentes ao sexo feminino que merecem uma atenção especial, como a questão da contracepção, a tolerabilidade a drogas específicas e a adesão. Um ponto importante nessa discussão é a baixa representatividade de mulheres na maioria dos ensaios clínicos com novas drogas para tratamento da infecção pelo HIV, o que reduz nossa capacidade de avaliar efeitos específicos destas drogas no sexo feminino.³⁰

Percebe-se que, a despeito dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, há um longo e difícil caminho a ser percorrido na busca da qualidade da assistência às PVHA. A superação das iniquidades e das desigualdades apresenta-se como desafio, pois, no cotidiano da assistência, existem várias barreiras para a

efetivação de um cuidado individualizado e integral que vise à promoção da saúde, seja pelas enormes diversidades regionais, seja pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais.¹ A Figura 3 apresenta as alterações nos protocolos dos TARVs que ocorreram ao longo dos anos.

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

Figura 3. Evolução dos protocolos e fatores relacionados à alterações. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

CONCLUSÃO

Atualmente, ser portador do HIV é uma condição crônica e tratável, isso devido aos avanços na descoberta de antirretrovirais cada vez mais potentes e com menos efeitos colaterais. O controle da replicação do vírus e a consequente melhoria do sistema imunológico das PVHA através da TARV fez com que a AIDS estabelecesse seu atual perfil de doença crônica.

O acesso universal ao tratamento em alguns países permitiu o aumento da sobrevivência e melhoraria da qualidade de vida das PVHA. Para garantir a ampliação do impacto do acesso, faz-se necessário o diagnóstico precoce e oferta do tratamento em tempo oportuno. Isto causará um impacto na prevenção, aumentando não só a expectativa,

mas também a qualidade de vida dos pacientes diminuindo a morbimortalidade.

Os países têm buscado produzir novos medicamentos a fim de minimizar custos e, em alguns deles, como no Brasil, garantir o acesso gratuito e universal ao tratamento. Adotaram-se regimes terapêuticos que garantem uma melhor qualidade e expectativa de vida das PVHA, bem como a minimização dos efeitos colaterais relacionados ao uso prolongado dos ARVs, que é considerado um importante fator que leva ao abandono do tratamento e surgimento de cepas virais resistentes, aumentando o nível de replicação e, conseqüentemente, resistência aos medicamentos atualmente disponíveis.

A história da adesão à TARV e seu impacto na prevenção do HIV/AIDS continua sendo um grande desafio, cuja meta é o controle e erradicação da epidemia, assegurando a sua

continuidade, desenvolvendo estratégias de mensurar, monitorar, aumentar e manter a adesão. Nesse sentido, faz-se necessário uma maior conscientização e comprometimento dos profissionais de saúde para fazer parte desta luta rumo à máxima adesão à TARV, no qual a enfermagem tem importante participação.

Apesar de ainda enfrentarmos problemas, incluindo o crescimento da incidência da infecção pelo HIV em alguns grupos, o estigma e a discriminação dos pacientes, os avanços continuam acontecendo e nos permitem enxergar o futuro com otimismo.

Neste novo cenário, já se discute o fim da epidemia e as estratégias necessárias para atingir este objetivo. A introdução de novos métodos de prevenção, novas e melhores drogas antirretrovirais, a perspectiva de vacinas e os avanços graduais em direção à erradicação da infecção têm sido a tônica da maioria dos eventos internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Vilarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andreade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 03];66(2):271-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>.
2. Ministério da Saúde. Terapia Antirretroviral e Saúde Pública - Um balanço da experiência brasileira [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1999. [cited 2017 Apr 03]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/terapia_arv_e_saude_publica.pdf.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV [Internet]. 6th ed. Brasília-DF; Ministério da Saúde; 2006 [cited 2017 Apr 03]. 188p. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_adulto_2006_-_final.pdf.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol DST/AIDS [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 03];5(1). Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf
5. Styrt BA, Piazza-hepp TD, Chikami GK. Clinical toxicity of antiretroviral nucleoside analogs. *Antivir Res* [Internet]. 1996 [cited 2017 Apr 03];31(3):121-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8811197>.
6. Weidle PJ, Holmberg SD, Decock KM. Changes in HIV and AIDS epidemiology from new generation antiretroviral therapy. *AIDS* [Internet]. 1999 [cited 2017 Apr 03];13 Suppl. A:S61-S68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10885764>.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Hepatite Viral C e coinfeções [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Apr 03]. 72p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_diretrizes_hepatite_viral_c_coinfecoes.pdf.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. A resposta brasileira ao HIV/aids: experiências exemplares [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1999 [cited 2017 Apr 03]. 180p. Available from: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/resp-posit01web.pdf>.
9. Sethi ML. Zidovudine. In: Florey K, editor. *Analytical Profiles of Drug Substances* [Internet]. Academic Press Inc; 1991. p.729-65. [cited 2017 Apr 03]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/books/eries/00995428>.
10. Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo [Internet]. Rio de Janeiro: ABIA; 2002 [cited 2017 Apr 03]. (Coleção Políticas Públicas, v.2). Available from: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N2.pdf.
11. Havlir, DV, Richman, DD. Viral dynamics of HIV: implications for drug development and therapeutic strategies. *Ann Intern Med* [Internet]. 1996 [cited 2017 Apr 03];124(11):984-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8624066>.
12. Oliveira S, Lins D. Lipodistrofia relacionada à síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). In: Bandeira F, Macedo G, Caldas G, Griz L, Faria MS, organizadores *Endocrinologia e diabetes*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.1018-22.
13. Ceccato MDGB, Acurcio FA, Bonolo PDF, Rocha GM, Guimarães MD. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [cited 2017 Apr 03];20(5):1388-97. Available

from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/34.pdf>.

14. Hoffman C; Rockckstroh J, Kamps BS. HIV Therapy. HIV Med [Internet]. Paris: Flying Publisher; 2007 [cited 2017 Apr 03]. 163-193p. Available from:

<http://www.hivmedicine.com/hivmedicine2007.pdf>.

15. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Apr 03]. Available from:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/09/livro-rename-2013-atualizado.pdf>.

16. Cunningham WE, Markson LE, Andersen RM, Crystal SH, Fleishman JA, Golin C et al. Prevalence and predictors of highly active antiretroviral therapy use in patients with HIV infection in the United States. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2000 [cited 2017 Apr 03];25(2):115-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11103041>.

17. Lei da Propriedade Industrial no 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Código Comercial. In: Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes L, organizadores. 50th ed. [Internet] São Paulo: Saraiva; 2005. 757p. [cited 2017 Apr 03]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm.

18. Berkman A, Garcia J, Munõz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. Am J Public Health [Internet]. 2005 [cited 2017 Apr 03];95(7):1162-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15933232>.

19. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV [Internet]. 4th ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2001. 104p. [cited 2017 Apr 03]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_ARV_adulto_-_versao_2001.pdf.

20. Baer M, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. Can Psychol [Internet]. 2002 [Cited 2017 Apr 03]; 43:115-21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232598754_Complex_HIV_treatment_regimens_and_patient_quality_of_life.

21. Guarinieri M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2002 [cited 2017 Apr 03];31 Suppl.3:167-9. Available from:

<http://europepmc.org/abstract/med/12562044>.

22. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Apr 03]. Available from:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf.

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. SUS oferecerá melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/Aids [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Apr 03]. Available from:

<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferece-melhor-tratamento-do-mundo-para-pacientes-com-hiv-aids>.

24. World Health Organization. Systematic Review to Inform the World Health Organization Consolidated Antiretroviral Therapy Guidelines: Systematic Literature Review Report - Which ART regimen to switch to when failing treatment [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2017 Apr 03]. Available from:

<http://www.who.int/hiv/pub/arv/chapter4.pdf?ua=1>.

25. Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS [Internet]. 2003 [cited 2017 Apr 03];17(11):1675-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853750>.

26. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. Cad Saude Publica [Internet]. 2002 [cited 2017 Apr 03];18(6):1609-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13257.pdf>.

27. Silva ALCN, Waidman MA, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 03];62(2):213-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a07v62n2.pdf>.

28. Guerreiro MF, Kerr-Pontes LRS, Mota RS, França Jr. MC, Távora FF, Caminha Iusta. Survival of adult AIDS patients in a reference hospital of a metropolitan area in Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2002 [cited 2017 Apr 03];36(3):278-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10488.pdf>.

29. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sorensen HT, Vaeth M, Obel N. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Ann Intern Med [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 03];146(2):87-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17227932>.

30. Brites C. Prefácio. Educação médica continuada. Braz J Infect Dis [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 03];2(5):125-6. Available from: <http://www.elsevier.es/pt-revista-the-brazilian-journal-infectious-diseases-269>.

Submissão: 01/12/2018

Aceito: 08/03/2018

Publicado: 01/04/2018

Correspondência

Sebastião Silveira Nunes Júnior
Rua Gato Cinzento, 999 - Bloco 02, Ap. 202
Vila Urupês - Suzano
CEP: 08615-070 – São Paulo (SP), Brasil