



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA MARTINS DE MEDEIROS

USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

FORTALEZA

2016

CAMILA MARTINS DE MEDEIROS

USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para aquisição do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M438u Medeiros, Camila Martins de.
Uso de drogas lícitas e ilícitas por pessoas vivendo com HIV/aids / Camila Martins de Medeiros. – 2016.
53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha.

1. HIV. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3. Promoção da Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.
CDD 610.73

CAMILA MARTINS DE MEDEIROS

USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para aquisição do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfermeira Mestranda Katia Barbosa Franco (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela infinita sabedoria e tamanho amor por mim, sempre me capacitando e amparando, e que me deu a sabedoria necessária para conclusão deste trabalho. Sem sua mão a me guiar, nada disto seria possível.

À minha mãe espiritual e para sempre protetora, Nossa Senhora, por sua interseção e cuidado.

Aos meus amados pais, Francisco Antônio de Medeiros e Luzia Maria Martins de Medeiros, que dedicaram tanto tempo, esforço e, principalmente, todo o seu amor para minha educação, que me incentivaram e apoiaram em todos os momentos, mostrando que só através do saber se conquista tudo.

Aos meus irmãos Claudiane Martins de Medeiros e Rafael Martins de Medeiros, em especial à essa que tanto me deu suporte, mesmo que à distância, e que me incentivou e apoiou durante toda a caminhada.

Às minhas amigas, Edja Larissa Teotônio de Andrade e Luana Teixeira Cruz, que são como irmãs e que nunca me deixaram desistir dos meus propósitos, sempre me levaram ao propósito maior, Deus, e pela dedicação, compreensão, carinho, atenção e amor entregues a mim sem reservas.

Aos queridíssimos amigos Valderlene de Sousa Almeida e Sérgio Crisóstomo de Almeida por suas orações.

Às minhas amigas Ryvanne Paulino Rocha, que me ajudou na elaboração da pesquisa e em tantos outros momentos, e Thaynara Ferreira Filgueiras, por sua atenção e ajuda em momentos difíceis.

À professora Dra. Gilmara Holanda da Cunha, por ser minha orientadora, por sempre mostrar os melhores caminhos a seguir, por me acolher tão bem em seu grupo de pesquisa, por fazer-me ampliar meu olhar sobre as perspectivas de futuro e por, tantas vezes, em que me apoiou nos momentos em que a caminhada se tornou cansativa.

À banca avaliadora, composta pelas professoras Gilmara Holanda da Cunha e Andrea Bezerra Rodrigues e pela mestranda Katia Barbosa Franco pelas contribuições neste trabalho.

A todos os professores da graduação do Departamento de Enfermagem, por suas contribuições na construção do meu conhecimento como profissional e por diversas vezes também pessoal.

Aos servidores técnico-administrativos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pela atenção e ajuda diária.

Às pessoas com HIV/aids atendidas no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) por contribuírem com suas experiências de vida e por se disporem a ser objetos de estudo desta pesquisa.

À Universidade Federal do Ceará por me acolher e se tornar como uma segunda casa na graduação.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo incentivo à realização de pesquisas científicas.

“Os dons que temos não nos pertencem, mas sim a Deus, que é o Senhor, de modo que os dons que recebemos de Deus devem ser ordenados para Ele. Somente quando um dom é transformado em serviço é que ele é capaz de gerar frutos, contribuindo assim para que o Reino de Deus cresça cada vez mais no meio dos homens.”

Autor desconhecido.

RESUMO

O uso de drogas lícitas e ilícitas, também conhecidas como drogas de abuso, têm influência direta no tratamento e qualidade de vida de Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA). Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o uso de drogas lícitas e ilícitas entre PVHA, além de avaliar as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), com amostra de 160 pacientes. Os critérios de inclusão foram pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV, uso de Terapia Antirretroviral (TARV) há, pelo menos, três meses, fazer acompanhamento ambulatorial no HUWC. Os critérios de exclusão foram doença mental e gravidez. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica para Pessoas com HIV/aids, por meio de entrevista em ambiente privativo, com média de duração de meia hora. Os pacientes foram selecionados de forma aleatória, de acordo com a chegada deles às consultadas médicas previamente marcadas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*. Realizou-se o cálculo de médias, desvio padrão, valor mínimo e máximo quando necessários. Adotou-se como estatisticamente significativa o valor de $P < 0,05$. Nos resultados, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (69,3%), média de idade de 30 a 39 anos (33,1%), cor parda (66,3%), com 9 a 12 anos de estudo (44,4%), solteiros (42,5%) ou casados (42,5%), católicos (65%), empregados (54,4%), renda mensal familiar entre um e três salários mínimos (69,4%) e o fármaco antirretroviral mais utilizado foi a Lamivudina (94,4%). Dentre as 160 PVHA, apenas 52 (32,5%) nunca utilizaram drogas lícitas ou ilícitas. A maioria dos usuários referiu fazer uso de drogas lícitas (48,1%) e a minoria referiu fazer uso de drogas de abuso (3,1%). Concluiu-se que os usuários de drogas lícitas eram adultos, entre 30 e 39 anos, e os usuários de drogas de abuso tinham entre 18 e 29 anos. Em ambos os casos, quanto maior a idade, menor é o consumo de drogas.

Palavras-chave: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Promoção da Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

The use of licit and illicit drugs, also known as drugs of abuse, have direct influence in the treatment and quality of life of people living with HIV/aids (PLWHA). Given this, the objective of this study was to identify the use of licit and illicit drugs among PLWHA, in addition to evaluating the epidemiological, clinical and sociodemographic characteristics. This is a cross-sectional study, descriptive and quantitative, held at the infectious diseases clinic of the University Hospital Walter Cantídio (HUWC), with 160 patients. Inclusion criteria were patients of both sexes, aged 18 years or over, confirmed diagnosis of HIV infection, use of anti-retroviral Therapy (HAART) for at least three months, do outpatient follow-up on HUWC. Exclusion criteria were mental illness and pregnancy. The data were collected from the application of a form of Demographic Characterization and clinic for People with HIV/aids, through the interview in a private environment, with an average duration of half an hour. Patients were selected at random, according to their arrival at consulted previously scheduled medical. All the participants signed an informed consent (TFCC). Data were analyzed with the program Statistical Package for The Social Sciences (SPSS), 22.0 version for Windows. The calculation of averages, standard deviation, minimum and maximum value when needed. Adopted as statistically significant P value < 0.05. In the results, most patients were male (69.3%), mean age of 30 to 39 years (33.1%), Tan color (66.3%), with 9 to 12 years of study (44.4%), singles (42.5%) or married (42.5%), Catholics (65%), employees (54.4%), monthly family income between one and three minimum wages (69.4%) and the most widely used anti-retroviral drug was lamivudine (94.4%). Among the 160 PLWHA, only 52 (32.5%) never used drugs, licit or illicit. Most of the users mentioned make use of legal drugs (48,1%) and the minority referred to use of drugs of abuse (3,1%). It was concluded that the licit drug users were adults, between 30 and 39 years, and users of drugs of abuse were between 18 and 29 years. In both cases, the greater the age, the lower the consumption of drugs.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Promotion; Nursing.

LISTA DE SIGLAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ml	Mililitros
mm ³	Milímetros cúbicos
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
QV	Qualidade de Vida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for The Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Epidemiologia do HIV	19
3.2	Tratamento clínico de PVHA	21
3.3	Práticas de promoção da saúde para PVHA	22
3.4	Uso de drogas lícitas e ilícitas por PVHA	23
4	METODOLOGIA	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Local de estudo	27
4.3	População e amostra	27
4.4	Critérios de inclusão e exclusão	28
	<i>4.4.1 Critérios de inclusão</i>	28
	<i>4.4.2 Critérios de exclusão</i>	28
4.5	Coleta de dados	28
4.6	Instrumento para coleta de dados	29
4.7	Análise estatística	30
4.8	Aspectos éticos e legais	30
5	RESULTADOS	31
5.1	Caracterização sociodemográfica das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo	31
5.2	Caracterização clínica e epidemiológica das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo	32

5.3	Associação das variáveis sociodemográficas com o uso de drogas das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo	34
6	DISCUSSÃO	37
7	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A	49
	APÊNDICE B	51
	ANEXO	
	ANEXO A	53

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, quando se teve conhecimento do início da epidemia de HIV/aids no Brasil, foram desenvolvidas diversas estratégias e políticas públicas para controle, prevenção e tratamento da doença em todo o mundo, já que a disseminação passou a ser rápida e com muitos agravos à saúde da população que encontrava-se com o HIV/aids (VILLARINHO *et al.*, 2013). No mundo, este início se deu também na década de 1980 e acredita-se que começou a partir do contato de pessoas nos EUA com haitianos que migraram para o país. Estudos supõem que a epidemia tenha tido seu primeiro caso na África (CEZAR; DRAGANOV, 2015).

Neste início houve disseminação rápida entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas usuárias de drogas injetáveis, por isso a aids era vista como uma doença de pessoas com “práticas sexuais desregradas” e comportamentos tidos como fora dos padrões sociais. Com o passar dos anos, notou-se uma mudança no perfil das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Hoje nota-se uma proporção maior de mulheres infectadas em relação ao início da epidemia, o que pode ser justificado, dentre outros fatores, pela maior suscetibilidade à infecção (fator biológico) e dificuldade de negociar práticas sexuais seguras com seus parceiros, em vista da condição de gênero e reafirmação do homem como ser superior, bem como a desconfiança em torno da mulher que quer usar o preservativo (RODRIGUES *et al.*, 2013).

A população idosa também aparece nos dados epidemiológicos atuais do HIV/aids (BRASIL, 2015) e pode-se atribuir isto ao aumento da prática sexual nesse grupo, uso de lubrificantes vaginais e maior acesso a tratamentos para disfunções sexuais e menopausa. Tudo isto favorece um aumento na prática sexual e segurança sobre si mesmo, o que incentiva também a manutenção da vida sexual destas pessoas (SERRA *et al.*, 2013). Porém, ainda há muita resistência ao uso de preservativos, em toda a população, por fatores culturais, de gênero e religiosos. O acesso à informação, inovações na área medicamentosa e mudanças socioculturais, que incluem mudanças nas práticas sexuais, contribuem para aumentar o risco de contaminação com o HIV (BEZERRA *et al.*, 2015).

Atualmente, a Terapia Antirretroviral (TARV) é o único tratamento disponível e o fator determinante para a manutenção da saúde de PVHA e controle da doença, com exigência de adesão de, no mínimo, 80% ao plano terapêutico para que haja uma boa resposta do

organismo ao HIV. Embora não possa eliminar o vírus das células, a terapia propicia a diminuição da carga viral e previne o surgimento da aids, já que age basicamente no impedimento ou dificuldade da replicação do vírus. Mesmo com grande eficiência, o tratamento pode ocasionar algum tipo de resistência em alguns indivíduos, devido à vasta quantidade de drogas e mecanismos de ação das mesmas. Além disso, a falta de adesão do indivíduo ao tratamento colabora para o aumento da resistência, o que leva à mudança de drogas utilizadas, e isto pode repercutir na alta taxa de mutação do vírus (BATISTA *et al.*, 2014; ARENAS, 2015).

O HIV leva a diversas alterações na resposta imunológica das pessoas acometidas, visto que o vírus infecta principalmente os linfócitos T CD4+ e também os macrófagos, células diretamente envolvidas em respostas agudas a organismos invasores do sistema imune, e isto impede ou diminui a capacidade do indivíduo de responder a outros corpos estranhos. Isto explica o motivo pelo qual PVHA que não aderem adequadamente a TARV são mais suscetíveis a doenças oportunistas, ou seja, doenças que normalmente não surgiriam, causariam poucos danos ou seriam autolimitadas em indivíduos sem o HIV. Estas doenças são conhecidas como coinfeções e têm impacto negativo na vida dessas pessoas (BRASIL, 2015).

A manifestação de doenças oportunistas é um sinal sugestivo do início da aids, ou seja, o organismo encontra-se com baixa contagem de linfócitos T CD4+ e alta carga viral, susceptível a outros agravos de saúde. As doenças oportunistas mais comuns são: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar, meningite e infecção por citomegalovírus (BRASIL, 2015). Estudos revelam que há ainda a prevalência de infecções por candidíase oral e esofagiana, hepatites B e C, Herpes Zoster, Herpes genital e labial, além disso, afirmam que a tuberculose pulmonar está entre as doenças mais letais para PVHA (RIGHETTO *et al.*, 2014).

A união da baixa resposta imunológica e o surgimento de coinfeções afeta diretamente a qualidade de vida (QV). Medeiros, Silva e Saldanha (2013) mostraram, quanto à QV, que a imunidade contribui de forma significativa não só na saúde das células, mas também na saúde psicológica dos indivíduos, que com uma adequada aderência ao tratamento, existe maior capacidade de enfrentamento da doença e melhoria na QV das PVHA. Isto reforça que outros fatores, com boa aderência ao tratamento, proporcionam o bem-estar do paciente. Estes fatores reforçam a importância da assiduidade no acompanhamento e tratamento sugeridos para cada pessoa individualmente.

Pode-se entender como QV a percepção que o próprio indivíduo tem sobre sua posição nas dimensões culturais, de moradia, bem-estar pessoal e ambiental, em que ele está inserido, relacionada aos seus objetivos pessoais, expectativas, padrões adquiridos ao longo da vida e preocupações próprias. Ademais, o modo como cada indivíduo gere estes aspectos no seu dia a dia a fim de proporcionar conforto e autoestima ligados à forma como cada um supõe ser o melhor jeito de se viver. É tido como parte integrante da QV o bem-estar em que a pessoa se encontra a partir do equilíbrio de todos os setores de sua vida (OKUNO *et al.*, 2014).

Diante da vivência com o HIV, esses sistemas pessoais que compõem a QV do indivíduo sofrem diversas e grandes modificações de cunho geral na saúde, relações sociais e com os seus familiares, podendo levar ao isolamento da pessoa e rejeição social, já que o HIV/aids é alvo de grande estigmatização social. Com isso, podem haver perdas das perspectivas do futuro, ainda que momentâneas (no momento em que se recebe a confirmação da positividade do HIV). Tais modificações podem ou não persistir, a depender do modo como cada um se vê diante desta situação e como o indivíduo procura ajuda e apoio (SILVA *et al.*, 2013).

Embora a QV envolva laços familiares, interações sociais, estigmatização e preconceito com relação ao HIV/aids, a forma como o indivíduo se percebe dentro do processo saúde-doença, a imunidade adequada e a carga viral baixa podem ter uma influência positiva nesse contexto. Entretanto, aspectos socioeconômicos, como a falta de recursos e suporte social, também podem influenciar na QV e ser um grande aspecto influenciador ao início ou exacerbação do uso de drogas de abuso e demais drogas (SILVA *et al.*, 2015).

Diferentemente dos dias atuais, até meados do século XIX as drogas eram usadas por motivos culturais, religiosos e medicinais. Com o decorrer dos anos passaram a ser consumidas de forma desregrada, sem a finalidade de interação social e passaram a ser consumidas de forma individualizada e abusiva, como forma de divertimento e busca da fuga da realidade. A grande quantidade de drogas existentes, a larga produção e a confecção de novos tipos, favoreceu a disseminação das drogas e levou a uma divisão em dois grandes grupos: drogas lícitas (que inclui o tabaco e o álcool) e drogas ilícitas ou drogas de abuso (que são todas aquelas com comercialização proibida no país). Vale ressaltar que cada país tem sua legislação própria para definir quais drogas são lícitas ou ilícitas em seus territórios (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Os dois grupos de drogas são responsáveis por causar diversos danos à saúde, altos custos financeiros, níveis aumentados de violência em decorrência do abuso de algumas substâncias e gastos do governo com ações de redução de danos, promoção da saúde, capacitação de profissionais, cuidados e ações de combate ao uso de drogas. Destaca-se também que cada droga traz consigo agravos sociais, econômicos e de saúde, a depender do tipo, frequência e dependência do uso (GABATZ *et al.*, 2013).

Em se tratando da associação da TARV com o uso de drogas, esta leva à não adesão ao tratamento, ou má adesão, o que passa a ser uma das principais causas para a piora do quadro e progressão da doença. Além do sedentarismo, tipo de trabalho, estresse, relacionamentos complicados e a quantidade de comprimidos utilizados no tratamento, o uso de drogas é grande influência para a descontinuidade ou tomada errônea da TARV, como em ingestão em horários diferentes do que se indica ou em dias alternados (BATISTA *et al.*, 2014).

Estudos mostram que algumas vezes os pacientes deixam de tomar a TARV em detrimento ao uso de drogas. Alguns relatam interromper o tratamento no momento do uso para que não sejam potencializadas reações adversas como as náuseas e vômitos, que já são existentes pelo uso da TARV. Estes referem que os efeitos adversos são potencializados ao utilizarem álcool e/ou outras drogas. Estes pacientes relatam tudo isto segundo suas próprias convicções e preferem não tomar as medicações em determinados momentos em vista da manutenção de suas vidas sociais consideradas normais pelos mesmos, que inclui a utilização de alguma droga (SILVA *et al.*, 2015).

Portanto, com a descontinuidade no tratamento e a associação com o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, há uma diminuição da QV, já que alguns aspectos relacionados a ela estão prejudicados, como a manutenção da saúde em bom estado, bem como uma diminuição no metabolismo da TARV, o que leva a uma queda de sua eficácia. O tabagismo, por exemplo, pode diminuir a quantidade de TARV no organismo, facilitando o aumento da carga viral, podendo acarretar doenças que levam a comorbidades e agravar, potencializar ou favorecer o surgimento da aids (BATISTA *et al.*, 2013).

Diante do exposto, o trabalho justifica-se na importância da relação existente entre o uso de drogas, suas consequências e impactos na saúde das PVHA (BATISTA *et al.*, 2013), e se a possibilidade deste uso leva à descontinuidade do tratamento ou alteração na metabolização dos fármacos utilizados. Esta relação tem influência direta na tomada errônea ou descontínua da TARV e eficácia da mesma, o que leva a um prejuízo na saúde dos

pacientes, aumento de comorbidades, surgimento ou exacerbação de problemas clínicos e dificuldade da manutenção da QV (BATISTA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Com isto, faz-se relevante conhecer a frequência de uso de drogas, os tipos de substâncias utilizadas pelas PVHA, bem como o perfil destas pessoas, a fim de se prestar melhor assistência aos pacientes, intervir de forma adequada e positiva, segundo o papel da Enfermagem na terapêutica do indivíduo, no tratamento farmacológico e não farmacológico e, assim, favorecer a manutenção da saúde, boas respostas ao tratamento, amparo e apoio integral ao indivíduo. Portanto, a partir disto, tornar propícia uma tomada de decisão individual para contribuir na melhoria da QV de cada paciente em específico e evitar possíveis agravos à saúde.

2 OBJETIVO

Objetivo geral

- Identificar o uso de drogas lícitas e ilícitas entre PVHA atendidas em ambulatório de infectologia.

Objetivos específicos

- Avaliar as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas de PVHA que utilizam drogas lícitas e ilícitas;
- Identificar as drogas lícitas e ilícitas utilizadas por PVHA;
- Realizar associações entre as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas e as variáveis relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas;
- Analisar a relação da carga viral e contagem de linfócitos T CD4+ com o uso de drogas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia do HIV/aids

Estima-se que, pouco mais de 30 anos do início da infecção pelo HIV, haja em torno de 35 milhões de pessoas vivendo com o HIV no mundo, mesmo com diversas práticas de promoção de saúde e políticas públicas voltadas para combater o vírus, desde que se teve conhecimento da dimensão dos danos acarretados por ele. Já com relação à mortalidade, estima-se que mais de 25 milhões tenha morrido por causas associadas ao vírus, como associação de outras doenças e coinfeções, devido à queda da imunidade e outras comorbidades que possam vir a ser desencadeadas a partir da presença e aumento da carga viral no organismo (CARRILLO; BERKHOUT, 2015).

No Brasil, no ano de 2015, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 9.419 casos de HIV, destes 870 (9,23%) na região norte, 1.760 (18,68%) na região nordeste, 3.687 (39,14%) na região sudeste, 2.426 (25,75%) na região sul e 673 (7,14%) na região centro-oeste. Isto transparece o grande número de pessoas que vivem com HIV no país. Do número total de casos notificados neste mesmo ano, 6.506 (69,07%) era do sexo masculino e 2.907 (30,86%) era do sexo feminino. Ou seja, comprova-se que ainda é maior o número de homens vivendo o vírus. Com relação à exposição ao HIV por meio do sexo, teve-se que no sexo masculino 2.589 (48,7%) eram HSH, 499 (9,4%) bissexuais e 2.037 (38,3%) heterossexuais e no sexo feminino: 2.397 (96,4%) autodeclararam-se heterossexuais (BRASIL, 2015).

A faixa etária com maior número de notificações foi entre 25 a 29 anos com 1.725 casos (18,3%), em seguida a faixa de 20 a 24 anos com 1.716 casos (18,2%), logo após vem a faixa de 30 a 34 anos com 1.453 casos (15,4%), depois a faixa de 35 a 39 anos com 1.159 casos (12,3%) e em seguida a faixa de 40 a 44 anos com 833 casos (8,8%). Já sobre a escolaridade, teve-se que: 146 (2,1%) eram analfabetos, 782 (11,1%) tinham o ensino fundamental completo, 1.854 (26,3%) tinham o ensino médio completo e 810 (11,5%) tinham

o ensino superior completo. Estes dados mostram a grande quantidade de adultos jovens e o maior número de pessoas com um grau relativamente bom de instrução, ou seja, teoricamente uma população com acesso à informação e que deveria obter maiores práticas de prevenção do HIV (BRASIL, 2015).

Embora haja um número maior de homens notificados, estudos comprovam que o número de mulheres infectadas aumenta gradativamente, o que leva a uma afirmação da mudança no perfil epidemiológico dos infectados e abre espaço para discussões sobre questões que afetam diretamente a vida da mulher que vive com o HIV/aids, como: desigualdades socioeconômicas sofridas pelas mulheres de forma mais significativa que os homens, o que reflete na qualidade do tratamento, desigualdades de gêneros e culturais, e agravos psicológicos decorrentes da associação entre o estado de saúde e os demais aspectos citados anteriormente (ORLANDI; PRAÇA, 2013).

O aumento do número de casos entre os heterossexuais, favorece a quebra do estigma em torno do tema, embora ainda haja um caminho longo a ser percorrido até que a visão já estabelecida sobre o HIV seja totalmente desmistificada. Vale ressaltar que diversas pesquisas comprovam essas mudanças no perfil epidemiológico, o que contribui de forma positiva para o fim da estigmatização. Há uma tendência de o senso comum achar que homens, homossexuais, são as pessoas mais suscetíveis ou já pessoas que obrigatoriamente vivem com HIV/aids e que apenas estas pessoas podem contrair/passar adiante o vírus. Com isso, aumenta ainda mais o preconceito em torno de HSH, diante de tantos outros preconceitos já enfrentados pelos mesmos (RODRIGUES *et al.*, 2013).

No início da pandemia, passou-se a adotar o termo “fator de risco” para o HIV, o que aumentava ainda mais a distinção e preconceito em torno do tema. Alguns estudiosos chegaram a realizar pesquisas com determinados tipos de pessoas, como os homossexuais, o que reforçava ainda mais a distinção e o “fator de risco”, como se ser homossexual fosse praticamente uma obrigatoriedade para se adquirir o vírus. Ao longo dos anos adotou-se o termo “comportamento de risco”, que se baseia na adoção de comportamentos, realizados por qualquer pessoa, que favorecem a exposição ao HIV, como, por exemplo, o não uso do preservativo, e não necessariamente esteja relacionado a determinado grupo de pessoas e sem fazer distinção de classe social, gênero ou opção sexual. Este termo é mais generalista e possibilita aumentar-se o leque de probabilidades de transmissão e infecção com vírus (ROCHA, 2016).

3.2 Tratamento clínico de PVHA

O tratamento atual, e único, para a infecção pelo HIV é a TARV, que consiste em várias drogas utilizadas a fim de erradicar a replicação viral, fazendo com que a carga viral se torne indetectável, levando conseqüentemente a um aumento dos linfócitos T CD4+, aumentando a expectativa de vida e retardando o surgimento, ou não permitindo o surgimento de infecções oportunistas e da aids propriamente dita. A TARV, porém, não consegue erradicar o vírus das células, apenas impede a replicação do mesmo (MOUSSEAU; MEDIOUNI; VALENTE, 2015).

Estudos mostram que quanto mais precocemente iniciada a TARV menor são as chances de complicações e decorrência do HIV, desenvolvimento de doenças oportunistas, maior probabilidade de deixar a carga viral indetectável em menor período de tempo e maior a qualidade de vida. O ideal é que seja realizada uma avaliação precoce, já no momento em que é realizado o diagnóstico, com base nos exames laboratoriais necessários, e iniciada a TARV. Porém, esta questão esbarra no alto custo com as medicações para cada paciente, já que são distribuídas gratuitamente na rede pública de saúde. A contagem de linfócitos T CD4+ e o surgimento de sintomas da doença são parâmetros utilizados para que seja iniciado o tratamento (JARDIM; CARVALHO; SILVA, 2015).

As drogas utilizadas na TARV são: Abacavir (ABC), Atazanavir (ATV), Biovir (lamivudina com zidovudina), Darunavir (DRV), Didanosina (ddI), Efavirenz (EFZ), Enfuvirtida (ENF), Etravirina (ETR), Fosamprenavir (FPV), Lamivudina (3TC), Lopinavir (LPV), Maraviroque (MVQ), Nevirapina (NVP), Raltegravir (RAL), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV), Tenofovir (TDF), Tipranavir (TPV) e Zidovudina (AZT). É preciso a associação de mais de uma classe para compor a TARV. A associação recomendada para início do tratamento é TDF + 3TC + EFV. Os efeitos colaterais mais frequentes são: perda de apetite, diarreia, vômito, perda de peso, alterações no sono e humor e lipodistrofia (BRASIL, 2015).

A presença de reações adversas decorrentes do uso da TARV é uma das causas de abandono do tratamento mais frequentes e mais citadas pelos pacientes. Sintomas gastrointestinais e náuseas, bem como também perda de peso e de apetite, são geralmente atribuídos aos medicamentos e interferem na eficácia do tratamento justamente pelo abandono ou por ser tomado de forma errada. É preciso uma avaliação da aderência de no mínimo seis meses para se comprovar e afirmar a eficácia e efeitos colaterais associados à TARV,

podendo ser realizada a troca de fármacos nos casos que realmente necessitem (SILVA *et al.*, 2015).

3.3 Práticas de promoção da saúde para PVHA

Uma das formas de se promover a saúde das PVHA é por meio da educação em saúde. Esta consiste em estratégias voltadas para o processo de ensino-aprendizagem, dentro ou fora de espaços destinados à saúde, ou seja, podem ser realizadas em escolas, praças, meios de comunicação, e tem como maior intenção fazer o público alvo da ação ter conhecimento sobre determinado assunto, adquirindo um caráter reflexivo, e passar a pautar suas ações com base no conhecimento, fazendo seus atos serem realizados de forma consciente sobre suas consequências. Procura-se fazer com que o indivíduo tenha poder de escolha e de manutenção da sua saúde e, conseqüentemente, buscar a QV por meio de ações conscientes e adequadas segundo o que o mesmo julgue certo (COSTA *et al.*, 2014).

A educação em saúde está presente no acolhimento ao paciente, ou seja, no momento em que ele chega ao serviço para realizar testagem para o HIV. Neste momento visa-se empoderar o paciente sobre a manutenção do seu estado de saúde, conhecimento de práticas integrativas no cotidiano que favorecem a prevenção de doenças e lhe dar todo o conhecimento necessário para tal fim. O paciente torna-se o ser responsável e conhecedor dos comportamentos de risco para se adquirir o HIV, principalmente, tratamento, em caso de resultado positivo, e melhora de seu bem-estar físico e mental (PEQUENO; MACÊDO; MIRANDA, 2013). Tal ação se faz necessária e é de suma importância neste processo, ainda mais caso o paciente venha a ter confirmação diagnóstica da presença do HIV, o que o faz necessitar de um maior amparo e atenção profissional (GALINDO; FRANCISCO; RIOS, 2013).

A promoção da saúde é algo intrinsecamente ligada aos profissionais da saúde, proporciona a QV e está implantada no Sistema Único de Saúde (SUS), visando não só a prevenção de doenças, mas também a diminuição de fatores de risco a partir do conhecimento, bem como o esclarecimento e poder de escolha no processo saúde-doença. O conhecimento, desenvolvido no ato do acolhimento multidimensional, proporciona bem-estar dos próprios indivíduos e até para os profissionais, por estarem educando pessoas para a saúde

e sobre os múltiplos fatores que interferem diretamente na QV e em sua atuação profissional (MALTA *et al.*, 2014).

Uma boa prática de promoção da saúde para PVHA, e uma das mais importantes, é o uso de preservativos (masculinos ou femininos) que impede a contínua reinfecção, a transmissão do vírus e diminui os riscos de se contrair alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Algumas ISTs tornam-se mais propícias a acometerem PVHA já que a presença do HIV no organismo torna a defesa imunológica do indivíduo menos eficiente. No Brasil, há distribuição gratuita de preservativos na rede pública de saúde, não sendo necessário acompanhamento e nem autorização médica ou de outros profissionais para se adquirir os mesmos, ou seja, sendo livre o acesso, mas mesmo assim ainda é baixa a procura pelos preservativos e isto torna-se preocupante quando se observa o número crescente de indivíduos vivendo com HIV (REIS; MELO; GIR, 2016).

3.4 Uso de drogas lícitas e ilícitas por PVHA

As drogas atualmente estão divididas em lícitas, aquelas que têm comercialização permitida por lei e podem ser usadas livremente em espaços públicos ou reservados para tal fim, como o tabaco e o álcool, e em ilícitas (ou de abuso), que têm comercialização proibida por legislação própria de cada país, embora seu uso, em alguns casos, não seja considerado crime. Esta divisão passou a ocorrer ao longo dos séculos, pois sabe-se que no início das civilizações eram todas usadas livremente, segundo a cultura de cada local e princípios éticos e morais de cada cultura. Após atitudes de fins econômicos, com o aumento da comercialização e criação de novas drogas, até com ações psicoativas maiores e mais potentes para causar dependência, e com o comprometimento da saúde dos usuários, algumas dessas substâncias passaram a ser proibidas e sua comercialização tornou-se crime (MACHADO; BOARINI, 2013).

As drogas lícitas, principalmente o álcool e o tabaco, são as mais presentes dentre os usuários de drogas. Estudos apontam que o seu uso se inicia basicamente na adolescência, muitas vezes devido a incentivos de amigos e para se manterem inseridos nos seus círculos de amizades. A droga lícita que tem uso mais comum dentre estes jovens é o álcool, onde a maioria dos alunos entrevistados em um estudo refere já tê-lo ingerido ao menos uma vez na vida e a segunda maior parte referiu ter feito uso no último ano (de acordo com o ano em que

a pesquisa foi realizada). O tabaco aparece em segundo lugar de uso referido pelos alunos. Vale ressaltar que os entrevistados que referiram uso de algumas destas drogas apresentaram mais problemas de cunho escolar do que aqueles que não fizeram nenhum uso (CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

Estudos revelam que o uso de álcool, por exemplo, é fator que predispõe o indivíduo a comportamentos de risco, como abstenção do uso de preservativos e, conseqüentemente, exposição à ISTs, pois esta substância causa alterações psicológicas, fazendo as pessoas que o ingerem sem moderação perderem o senso crítico. Outro comportamento de risco que se pode citar são ações que causem danos à saúde e integridade do indivíduo, e distúrbios na libido, por exemplo, também a depender da quantidade ingerida. Isto em decorrência da perda da noção de perigo e também do senso crítico causados pela presença do álcool no organismo (MIOZZO *et al.*, 2013).

Por ser uma droga psicoativa, o álcool também pode trazer diversos danos ao organismo como: intoxicação aguda (situação em que uma substância psicoativa pode levar a perturbações da consciência, da área perceptiva e cognitiva do indivíduo, podendo também perturbar o comportamento), complicações físicas ou psíquicas, podendo haver agravamento de comorbidades preexistentes, e o surgimento da síndrome da dependência (ocorre quando há uma repetição e persistência do contato do organismo com uma substância psicoativa, levando a alterações cognitivas e físicas. Isto associado ao desejo de ingerir a substância e incapacidade ou dificuldade de controlar o consumo da mesma). O álcool está associado a várias comorbidades e está diretamente ligado à incapacidade da manutenção da saúde (MANGUEIRA *et al.*, 2015).

O tabagismo é causador de muitas doenças tidas como evitáveis em todo o mundo e no Brasil não é diferente, onde é considerado um problema de saúde pública. Diversas ações e programas são desenvolvidos para combater o tabagismo e, assim, diminuir os impactos na saúde da população. A política de redução do fumo é considerada bastante forte no país e diversas estratégias são utilizadas para conscientizar os usuários do tabaco, como: proibição de propagandas de cigarro em qualquer que seja o meio de comunicação, impressão nas carteiras de cigarro das conseqüências do fumo, incluindo imagens que chocam a pessoa que vê, e proibição de qualquer informação que afirme que o cigarro traz qualquer benefício a fim de se incentivar o tabagismo (SILVA *et al.*, 2014).

Embora as drogas de abuso sejam consideradas proibidas pela legislação em vigor, seu plantio e quantidade encontrados com um indivíduo pode ser considerado aceitável

se for comprovado que seja para uso pessoal. Ou seja, sendo em pequenas quantidades, e segundo a natureza da droga encontrada com um indivíduo, e o tamanho da plantação não serão considerados crime. Cabe a um juiz, em caso de apreensão, determinar se é ou não uma quantidade passiva de ser considerada crime. Porém, nestas circunstâncias em que o uso não for considerado ilegal, o mesmo torna-se fora da lei se for realizado de forma ostensiva e em lugares com crianças e adolescentes, como, por exemplo, em escolas, e para comercialização (PEREIRA *et al.*, 2013).

Por serem também drogas psicoativas, assim como o álcool, as drogas de abuso causam alterações psicológicas e podem causar dependência. Como antigamente não se tinha o consumo excessivo dessas substâncias, muito pelo contrário, elas eram bastante divulgadas e seu uso liberado entre as diversas culturas do mundo, foi só ao longo do tempo que se passou à ilegalidade. O consumo desregrado e a fabricação de novas drogas ao longo dos anos fizeram com que isto se tornasse um problema de saúde pública e foco de diversas políticas de redução de danos. O grande problema do uso dessas drogas é o dano causado ao indivíduo, como: exposição a situações de violência, conflitos familiares, envolvimento com o tráfico de drogas, prática de relações sexuais desprotegidas, aumentando a exposição ao HIV, bem como o compartilhamento de agulhas e seringas. Ainda pode causar comorbidades ou agravar problemas clínicos e psiquiátricos (ALVES; LIMA, 2013).

Embora muitas vezes os usuários de drogas percebam os malefícios destas no seu organismo e seus impactos negativos para o mesmo, e por consequência o modo como elas afetam a QV, eles não conseguem evitá-las 100% ou abandoná-las facilmente. O uso por si só já acarreta danos ao organismo do indivíduo e dependência, leva a um declínio da QV e da saúde do mesmo. Somando-se isto à TARV pode-se acarretar danos ainda maiores, como potencialização dos efeitos colaterais dos fármacos utilizados na mesma e/ou ineficácia dos fármacos, já que é preciso uma alta taxa de aderência ao tratamento para que se tenha o efeito terapêutico esperado. O uso de drogas ainda pode levar ao abandono do tratamento, devido à dependência das drogas, ou dos efeitos do uso concomitante com os antirretrovirais (GABATZ *et al.*, 2013).

No geral, o uso de álcool e de drogas de abuso, por exemplo, predispõe o indivíduo a um maior risco de infecções, já que os fármacos da TARV não são bem metabolizados e têm por consequência o seu efeito diminuído, e o uso crônico de álcool também pode favorecer uma diminuição da imunidade. Além disto, estas práticas favorecem

os comportamentos de risco já que são drogas que alteram o estado de consciência e humor (BATISTA *et al.*, 2014).

Estudos reforçam a tese de que o uso de drogas interfere diretamente na saúde do indivíduo e favorece o surgimento de comorbidades e piora de quadros clínicos já preexistentes. Seu uso por PVHA é considerado fator predisponente para a piora na QV do indivíduo. O uso de drogas por si só já acarreta danos à saúde e em concomitância com a presença do HIV leva o indivíduo a ter mais chances de ter problemas no âmbito da saúde. Além do mais, o uso de drogas é um fator que tem influência direta na interrupção do tratamento para o HIV (SIVLA *et al.*, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. Estudos transversais possibilitam a análise de determinada situação no momento em uma população, em determinado momento bem específico e também é considerado como um retrato instantâneo de uma realidade. Por fazer descrição dessas situações no momento, muitas vezes também são considerados erroneamente como estudos descritivos. Este descreve a realidade de forma não intervencionista e são essenciais para se conhecer algo ainda pouco determinado sobre algum assunto. A abordagem quantitativa e se dá a partir do momento em que se quantifica os dados, sem análises qualitativas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). O referido hospital conta com especialidades diversas, tais como: cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, proctologia, reumatologia, transplante hepático, renal e de medula óssea (sendo referência nacional no transplante hepático), e urologia. Além de serviços ambulatoriais, clínicas médicas e cirúrgicas, sala de recuperação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O ambulatório de infectologia do HUWC atende a pacientes adultos, advindos de Fortaleza e região metropolitana, bem como pessoas oriundas do interior do Estado do Ceará. O serviço ambulatorial dispõe de consultas, realização de exames, farmácia para fornecimento dos fármacos antirretrovirais e preservativos que são entregues gratuitamente.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelas PVHA que são acompanhadas no ambulatório. A amostra foi de 160 participantes, selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística e por conveniência, sendo incluídos aqueles que estavam em uso de TARV

e aceitaram participar do estudo durante o período de coleta de dados, que foi de agosto de 2015 a fevereiro de 2016.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

4.4.1 Critérios de inclusão

- Pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV;
- Uso de TARV há pelo menos três meses;
- Estar fazendo acompanhamento ambulatorial no HUWC, visto que alguns pacientes apenas utilizam o ambulatório para receber fármacos antirretrovirais, sendo acompanhados em consultórios privados.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Doença mental;
- Doença mental ou qualquer outra condição que interferisse na participação do indivíduo na pesquisa.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, de acordo com a ordem de chegada destes ao serviço para as consultas de rotina, sendo abordados de forma clara e objetiva, com explicações sobre a pesquisa e garantia do sigilo do indivíduo e, depois, formalizada a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os pacientes que aceitaram participar foram submetidos a uma entrevista com duração média de 20 minutos, utilizando-se o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica para Pessoas com HIV/aids (APÊNDICE B).

4.6 Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica para Pessoas com HIV/aids (APÊNDICE B), que incluía as seguintes variáveis:

- Número do formulário
- Número do prontuário
- Nome do paciente
- Endereço, telefone, nome de pessoa para contato, telefone do contato
- Data da entrevista
- Data do nascimento
- Idade (em anos)
- Sexo (masculino, feminino)
- Cor autodeclarada (branca, preta, amarela, parda, indígena)
- Escolaridade (em anos de estudo)
- Estado Civil (solteiro, Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, Divorciado/Separado, Viúvo)
- Categoria de exposição (sexual, transmissão vertical, sanguínea/transusão, sanguínea/usuário de droga endovenosa, acidente perfurocortante, outra)
- Orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual)
- Religião (Católica, evangélica, espírita, outra, não tem religião)
- Renda mensal familiar (soma de todos os rendimentos dos membros da família)
- Tempo de diagnóstico de HIV (em anos)
- Tempo de uso da TARV (em meses)
- Nome dos antirretrovirais - obtidos através do prontuário (Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina, Efavirez, Nevirapina, Etravirina, Atazanavir, Darunavir, Fosampenavir, Indinavir, Lopinavir, Neofinavir, Ritonavir, Saquinavir, Tipranavir, Enfuvirtida, Raltegravir).
- Contagem de linfócitos T CD4+ (células/mm³) (valores obtidos a partir do prontuário)
- Carga viral (cópias/ml) (valores obtidos a partir do prontuário)
- Uso de bebidas alcoólicas - Sim, não (Padrão: Alto (todos os dias), Moderado (3-4 x/sem) e Baixo (fim de semana))

- Tabagismo (nunca fumou, ex-fumante, fumante e quantidade de cigarros/dia)
- Drogas ilícitas (nunca usou, ex-usuário, usuário e quais as drogas)
- Atividade física - sim, não (Padrão: Alto (todos os dias), Moderado (3x/semana) e Baixo (< 3 vezes/semana).

4.7 Análise estatística

A análise dos dados foi feita no programa SPSS® (*Statistical Package for The Social Sciences*) versão para Windows 22.0. Foi realizada, inicialmente, uma avaliação do banco de dados, observando-se a sua adequação às análises estatísticas propostas. A análise de dados incluiu a utilização de técnicas estatísticas descritivas e aplicação do teste *T de Student*.

4.8 Aspectos éticos e legais

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Prevalência de Hipertensão Arterial e Seus Fatores de Risco Entre Pessoas Com HIV/Aids Acompanhadas Ambulatorialmente”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFC em 5 de março de 2015, sob protocolo N° 42171215.3.0000.5054 (ANEXO A), de acordo com a resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL 2012). Todos os pacientes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os dados da pesquisa foram usados somente para fins científicos, mantendo adicionalmente o sigilo da identificação dos participantes.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (69,4%), destacou-se a faixa etária de 30 a 39 anos (33,1%), cor da pele parda (66,2%), escolaridade entre 9 e 12 anos de estudo (44,4%), solteiros (42,5%) ou casados (42,5%), católicos (65%; $P=0,0001$), empregados (54,4%) e renda mensal familiar entre um e três salários mínimos (70,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das Pessoas Vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Masculino (N=111)		Feminino (N=49)		Total (N=160)		Valor de P*
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							
18 - 29	16	14,4	4	8,2	20	12,5	0,684
30 - 39	38	34,2	15	30,6	53	33,1	
40 - 49	33	29,7	16	32,6	49	30,6	
≥ 50	24	21,7	14	28,6	38	23,8	
Cor da pele							
Branca	25	22,5	9	18,4	34	21,3	0,200
Preta	13	11,7	1	2,0	14	8,8	
Parda	68	61,3	38	77,6	106	66,2	
Outros**	5	4,5	1	2,0	6	3,7	
Escolaridade (anos de estudo)							
≤ 8	28	25,2	21	42,9	49	30,6	0,795
9 - 12	47	42,3	24	49,0	71	44,4	
≥ 13	36	32,5	4	8,1	40	25,0	
Estado civil							
Solteiro	53	47,7	15	30,6	68	42,5	0,583
Casado/união estável	47	42,3	21	42,9	68	42,5	
Divorciado/separado/viúvo	11	10,0	13	26,5	24	15,0	
Religião							
Católica	67	60,3	37	75,5	104	65,0	0,0001
Evangélico	19	17,1	11	22,4	30	18,8	
Outra/sem religião	25	22,5	1	2,1	26	16,2	
Situação ocupacional							
Empregado	69	62,2	18	36,8	87	54,4	0,257
Desempregado	23	20,7	21	42,9	44	27,5	
Aposentado	12	10,8	7	14,3	19	11,9	
Afastado	7	6,3	3	6,0	10	6,2	
Renda mensal familiar***							
<1 salário	12	10,8	8	16,3	20	12,5	0,121
1-3 salários	76	68,5	36	73,5	112	70,0	
≥ 4 salários	23	20,7	5	10,2	28	17,5	

*Teste T de Student. **Outros: amarelo e indígena. ***Salário mínimo vigente na época do estudo: R\$ 788,00.

5.2 Caracterização clínica e epidemiológica das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo

Com relação à carga viral constatou-se que 85 (53,1%) participantes encontravam-se com carga viral indetectável, sendo o valor mínimo menor que 20 cópias/ml e máximo de $1.058.662 \pm 219.679$ cópias/ml. No que diz respeito à contagem de linfócitos T CD4+ o mínimo foi 38 células/mm³, o máximo de 3.179 células/mm³, a média de 622 ± 400 células/mm³. Dentre os pacientes, a maioria referiu ser da categoria de exposição sexual (71,2%), heterossexuais (60,0%; P=0,0001), com tempo de diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva há mais de três anos (71,9%) e fazendo uso da TARV há mais de cinco anos (45,0%) (Tabela 2).

Considerando-se as 160 PVHA, 52 (32,5%) nunca utilizaram drogas lícitas ou ilícitas. Havia 26 (16,3%) que pararam de fumar, 77 (48,1%) que usavam drogas lícitas (cigarro e álcool) e apenas cinco (3,1%) utilizavam drogas lícitas e ilícitas (Tabela 2). Já no tocante às drogas ilícitas citadas teve-se maconha (5), cocaína (2), crack (1), LSD (*Lyserg Säure Diethylamid*, em português Dietilamida do Ácido Lisérgico) (1) e ecstasy (1).

Tabela 2 – Caracterização clínica e epidemiológica e perfil da utilização de drogas das Pessoas Vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Masculino (N=111)		Feminino (N=49)		Total (N=160)		Valor de P*
	n	%	n	%	N	%	
Categoria de exposição							
Sexual	78	70,3	36	73,5	114	71,3	0,944
Transfusão sanguínea	1	1,0	0	0	1	0,6	
UDE**	4	3,7	0	0	1	0,6	
Perfurocortante	1	1,0	0	0	1	0,6	
Não sabe	27	24,0	13	26,5	43	26,9	
Orientação sexual							
Heterossexual	47	42,3	49	100	96	60,0	0,0001
Outro†	64	57,7	0	0	64	40,0	
Tempo de diagnóstico HIV positivo							
Até 11 meses	14	12,6	5	10,2	19	11,9	0,756
1 a 3 anos	21	18,9	5	10,2	26	16,2	
> 3 anos	76	68,5	39	79,6	115	71,9	
Tempo de uso da TARV‡							
Até 11 meses e 29 dias	20	18,0	9	18,4	29	18,1	0,710
12 meses a 3 anos e 29 dias	32	28,9	8	16,3	40	25,0	
4 - 5 anos	13	11,7	6	12,2	19	11,9	

> 5 anos	46	41,4	26	53,1	72	45,0	
Perfil de utilização de drogas							
Não usuário	30	27,0	22	44,9	52	32,5	0,431
Ex usuário de cigarro	20	18,0	6	12,2	26	16,3	
Usuário de drogas lícitas	56	50,5	21	42,9	77	48,1	
Lícitas e ilícitas	5	4,5	0	0	5	3,1	

*Teste T de Student. **UDE: Usuário de drogas endovenosas. †Outro: homossexual ou bissexual. ‡TARV: Terapia Antirretroviral.

Em relação aos fármacos utilizados na TARV, dentre os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa os mais citados foram Lamivudina (94,4%), Tenofovir (56,9%) e Zidovudina (45,0%); dos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa teve-se o Efavirenz (55,6%); dos inibidores de protease o Atazanavir (18,1%); dos inibidores de fusão a Enfuvirtida (0,6%) e dos inibidores da integrase o Raltegravir (3,6%), como mostra a tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Terapia antirretroviral das Pessoas Vivendo com HIV/aids, N=160. Fortaleza, 2016.

Fármacos Antirretrovirais	n	%
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa		
Lamivudina	151	94,4
Tenofovir	91	56,9
Abacavir	5	3,1
Didanosina	1	0,6
Zidovudina	72	45
Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa		
Efavirenz	89	55,6
Nevirapina	9	5,6
Etravirina	1	0,6
Inibidores de Protease		
Atazanavir	29	18,1
Ritonavir	51	31,9
Lopinavir	24	15
Darunavir	3	1,9
Fosamprenavir	2	1,3
Tipranavir	1	0,6
Inibidores de fusão		
Enfuvirtida	1	0,6
Inibidores da integrase		
Raltegravir	6	3,8

5.3 Associação das variáveis sociodemográficas com o uso de drogas das PVHA em atendimento ambulatorial incluídas no estudo

Ao se fazer a relação entre as variáveis sociodemográficas e o uso de drogas lícitas entre os pacientes entrevistados percebeu-se que, a maioria dos usuários estava na faixa etária de 30 a 39 anos (50,6%), de cor parda (76,6%; $P=0,002$) tinha entre 9 e 12 anos de estudo (49,3%), estado civil solteiro (50,6%), religião católica (67,5%), empregado (63,6%) e com renda mensal familiar entre um e três salários mínimos (63,1%).

Com relação aos ex-usuários observou-se que houve predominância da faixa etária de 40 a 49 anos (12; 46,1%), cor parda (13; 50,0%), entre 9 e 12 anos de estudo (14; 53,8%), estado civil solteiro (13; 50,0%), religião católica (16; 61,5%), empregado (17; 65,3%) e também com renda mensal familiar entre um e três salários mínimos (14; 53,8%).

Tabela 4 – Associação entre variáveis sociodemográficas das Pessoas Vivendo com HIV/aids usuárias de drogas lícitas, N=77. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Usuários de drogas lícitas		Valor de P*
	n (%)		
Faixa etária (em anos)			
18-29	10	(13,0)	0,776
30-39	39	(50,6)	
40-49	20	(26,0)	
≥ 50	8	(10,4)	
Cor da pele			
Branca	10	(13,0)	0,002
Preta	5	(6,5)	
Parda	59	(76,6)	
Outros**	3	(3,9)	
Escolaridade (anos de estudo)			
≤ 8	17	(22,1)	0,382
9-12	38	(49,3)	
≥ 13	22	(28,6)	
Estado civil			
Solteiro	39	(50,6)	0,293
Casado/união estável	29	(37,6)	
Divorciado/separado/viúvo	9	(11,7)	
Religião			
Católica	52	(67,5)	0,077
Evangélico	7	(9,1)	
Outra/sem religião	18	(23,4)	
Situação ocupacional			

Empregado	49 (63,6)	0,059
Desempregado	18 (23,4)	
Aposentado	7 (9,1)	
Afastado	3 (3,9)	
Renda mensal familiar***		
< 1 salário	5 (6,5)	0,417
1 – 3 salários	48 (62,3)	
≥ 4 salários	24 (31,1)	

*Teste T de Student. **Outros: amarelo e indígena. ***Salário mínimo vigente na época do estudo: R\$ 788,00.

Dentre os usuários de drogas ilícitas, teve-se que a maioria era da faixa etária entre 18 a 29 anos (80,0%; P=0,029), cor parda (80,0%; P=0,049), escolaridade maior ou igual a 13 anos de estudo (80,0%), solteiros (80,0%), católicos (40,0%; P=0,005), todos empregados (100%; P=0,001) e com renda mensal familiar entre um e três salários mínimos (80,0%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre variáveis sociodemográficas com o uso de drogas ilícitas das Pessoas Vivendo com HIV/aids, N=5. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Usuários de drogas ilícitas	Valor de P*
	n (%)	
Faixa etária (em anos)		
18-29	4 (80,0)	0,029
30-39	1 (20,0)	
Cor da pele		
Preta	1 (20,0)	0,049
Parda	4 (80,0)	
Escolaridade (anos de estudo)		
9-12	1 (20,0)	0,271
≥ 13	4 (80,0)	
Estado civil		
Solteiro	4 (80,0)	0,112
Casado/união estável	1 (20,0)	
Religião		
Católica	2 (40,0)	0,005
Outra/sem religião	3 (60,0)	
Situação ocupacional		
Empregado	5 (100)	0,001
Renda mensal familiar***		
1 - 3 salários	4 (80)	0,175
≥ 4 salários	1 (20)	

*Teste T de Student. **Outros: amarelo e indígena. ***Salário mínimo vigente na época do estudo: R\$ 788,00.

Ao realizar o cruzamento entre o fato de ser ou não usuário de drogas lícitas ou ilícitas com a contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral, obteve-se uma associação estatisticamente significativa, onde os que utilizavam drogas lícitas tiveram menor carga viral que os que utilizavam drogas ilícitas ($P=0,028$) e os que não utilizavam nenhum tipo de drogas também apresentaram menores valores de carga viral, se comparados aos usuários ($P=0,045$). Não houve relevância estatística em relação ao número de linfócitos T CD4+.

6 DISCUSSÃO

No que diz respeito ao número de homens e mulheres, o mesmo segue o padrão de outros estudos, que apresentam em seus resultados mais homens do que mulheres vivendo com HIV/aids (SCHUELTER-TREVISOL *et al*, 2013; SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015). Vale ressaltar que ao longo dos anos é cada vez maior o número de mulheres vivendo com HIV e este aumento leva a uma discussão sobre os fatores que propiciam isto e o que fazer para intervir nesta situação (ORLANDI, PRAÇA; 2013).

A faixa etária mais frequente foi entre 30 e 39 anos de idade, que mostra um público adulto, afastando-se um pouco da faixa etária mais frequente no Brasil, que mostram maiores taxas de detecção em adultos jovens, de 19 a 29 anos, se considerarmos a divisão das faixas etárias de dez em dez anos. Porém, avaliando-se a faixa etária que compreende o público adulto como um todo, o estudo encontra-se dentro do padrão em todo o país, que se situa entre 20 e 49 anos (BRASIL, 2015).

Há pesquisas que apontam também a prevalência da infecção pelo HIV em indivíduos de cor parda (SOARES; MORAIS, 2014; CUNHA *et al.*, 2016), embora outras que mostrem a cor branca como a mais dominante em seus resultados (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; ALMEIDA; ALMEIDA, 2015). Quanto à escolaridade os achados são também ratificados por dados publicados, que demonstram que a escolaridade da maioria das PVHA tem os anos de estudos situados entre a conclusão do ensino fundamental e do ensino médio, ou seja, entre 9 e 12 anos de estudo, o que afirma um grau de escolaridade relativamente bom (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

Os estados civis solteiro e casado foram os que se destacaram, porém, o mais frequente nos levantamentos recentes foi o estado civil solteiro (CASTRO *et al*, 2013; OKUNO *et al.*, 2014; FERREIRA; SOUZA; RODRIGUES JÚNIOR, 2015). Pode-se pensar sobre os tipos de relações entre as pessoas solteiras, tipos de exposição e comportamentos de risco, bem como a variabilidade de parceiros e a influência destes fatores na infecção e transmissão do HIV (ARAÚJO *et al.*, 2013). Ainda, a religião católica foi a mais citada, mantendo-se como a mais evidente nos estudos atuais, e a renda mensal familiar entre um e três salários mínimos que é corroborada por dados que mostram maior número de pessoas vivendo com esta renda (PADOIN *et al*, 2013; PINTO *et al.*, 2014).

Pode-se associar a escolaridade à renda mensal familiar encontrada na amostra. É comprovado que a renda é influenciada diretamente pelo grau de estudos, ou seja, quanto mais anos de estudos concluídos, maior acessibilidade à informação o que faz os indivíduos possuírem maiores chances de alcançarem rendas mais altas do que aqueles que possuem baixo grau de escolaridade. Pode-se atribuir a maior renda à maior capacitação do profissional (CAMELO *et al.*, 2016).

A exposição por via sexual ao HIV é a mais presente em todos os estudos analisados, bem como a prevalência de heterossexuais (SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013; CUNHA *et al.*, 2016). Isto reafirma a importância do uso do preservativo, que é uma forma de prevenção da transmissão do HIV por via sexual. Pode-se inferir através destes dados que ainda é baixo uso do preservativo, tornando o sexo o maior expositor ao vírus, e reforça-se que a prevalência do HIV não está em pessoas homossexuais, como se pensa até hoje, e renova a necessidade da quebra do estigma em torno deste tema, bem como o fim do julgamento em torno destas pessoas (SILVA *et al.*, 2014; BRASIL, 2015).

Ainda sobre as relações sexuais, ressalta-se que a maior probabilidade de se contrair o HIV é em relações anais, devido a microfissuras no pênis e ânus que favorecem a transmissão do vírus, e este tipo de relação é a mais presente entre homossexuais. Outro comportamento de risco que pode ser citado é a variedade de parceiros, que também pode estar presente em outros grupos de pessoas, o que leva a um maior risco de exposição ao HIV e por isso se faz tão necessário o uso do preservativo em todos os tipos de relações (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Quanto aos fármacos mais utilizados na TARV, os mais frequentemente citados foram, respectivamente, a Lamivudina, o Tenofovir, o Efavirenz e a Zidovudina. A Lamivudina, o Tenofovir e a Zidovudina são inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa. Já o Efavirenz é um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa. É de suma importância que haja sempre a associação de fármacos de classes diferentes para se manter os níveis desejados da inibição da replicação do vírus (VIELMO *et al.*, 2014). Estes são os fármacos presentes nas principais linhas de escolha para o tratamento. A primeira linha de escolha atualmente é composta pelo Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz. Em alguns esquemas troca-se a Lamivudina pela Zidovudina e estas duas, em associação, são os dois fármacos que mais possuem estudos em relação às mesmas e as que apresentam maiores taxas de eficácia e boas respostas terapêuticas (BRASIL, 2015).

O aumento na quantidade das células T CD4+ é lento e gradual e a taxa de detecção do vírus no sangue tende a diminuir com maior rapidez após o início do tratamento. Um dos parâmetros utilizados como referência para se comprovar a eficiência da TARV é o aumento destes linfócitos e o declínio na quantidade do vírus encontrada. O ideal é que a carga viral se mantenha indetectável, ou seja, alcance níveis praticamente nulos, ou até zero mesmo, e os linfócitos T CD4+ mantenham-se num aumento constante, por isso o acompanhamento se faz tão necessário durante o tratamento de PVHA (VIELMO *et al*, 2014).

Sobre o uso de drogas, teve-se que as substâncias lícitas foram as mais citadas, destacando-se o cigarro e álcool e neste grupo de drogas a mais referida, segundo estudo, pela população em geral é o álcool (MACHADO; BOARINI, 2013). Este por sua vez, passou a ter nos últimos anos um discreto aumento do consumo na população e um aumento considerável na frequência e quantidade de doses ingeridas. Já o cigarro é o segundo mais referido e constitui-se como um dos fatores que levam a agravos de saúde de causas evitáveis. O uso concomitante dos dois, álcool e tabaco, aumentam os riscos de agravos de saúde, ainda mais em PVHA (SILVA *et al.*, 2014; MANGUEIRA *et al.*, 2015).

O uso de drogas ilícitas, bem como a ingestão de bebidas alcoólicas e uso do cigarro revela uma amostra com hábitos prejudiciais à saúde. Pessoas com um grau maior de escolaridade tendem a ter maior conhecimento de rotinas não saudáveis, ou seja, mais acesso à informação, e ainda uma menor adesão a esses hábitos. Acrescenta-se a isto uma maior chance de conhecer a importância da realização de exercícios físicos e iniciar atividades que reduzam o sedentarismo e, conseqüentemente, proporcionam maior qualidade de vida (SOUZA; MEDEIROS, 2013).

Ressalta-se que resultados anteriores a este estudo mostram que a religião é como uma espécie de fator protetivo no que diz respeito ao uso de drogas, ou seja, pessoas adeptas de religião, em especial a católica e a evangélica, segundo estudo, tendem a fazer menor uso de drogas ou até mesmo abandonarem o uso ou nem chegarem a utilizar drogas lícitas e ilícitas. Pode-se, então, confirmar os dados aqui obtidos no tocante ao menor uso de drogas por pessoas que seguem alguma religião (FERREIRA; MACHADO, 2013).

Um achado importante na amostra é o número menor de mulheres que consomem drogas lícitas e, ainda, que nenhuma é usuária de drogas ilícitas. O consumo de drogas por mulheres pode se dar devido ao incentivo da mídia com relação a algumas drogas, ideias passadas de poder, riqueza, beleza e melhora da autoestima e também devido ao incentivo entre grupos de familiares e amigos, onde o consumo pode se iniciar até mesmo de forma

precoce. Embora tenha-se uma quantidade de mulheres que consomem drogas muito inferior ao número de homens, segundo estudo, há um aumento gradativo no número de mulheres que utilizam drogas atualmente, e os apelos psicológicos são grandes responsáveis para tal aumento (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Sendo o tabagismo um fator de risco para acometimentos de saúde e estando associado a doenças como o câncer, comprometimento da função fisiológica do sistema respiratório e doenças cardiovasculares (NEPOMUCENO; ROMANO, 2014) e se for associado ao HIV o paciente pode ter impactos ainda maiores na manutenção da saúde, bem como comprometimento na eficácia da TARV e diminuição do metabolismo da nicotina, que se torna mais lento em PVHA, mantendo a substância por maiores períodos de tempo no organismo, levando a uma maior chance e tempo de dependência (vício) (BATISTA *et al.*, 2013; EARLA, 2014).

O álcool também acarreta diversas comorbidades e tem interferência direta no metabolismo hepático e conseqüentemente na eficácia da TARV, já que este órgão é participante da metabolização de substâncias do corpo e de fármacos ingeridos. Isto se torna ainda mais prejudicial se associado com o tabagismo. O acúmulo de fatores de risco para agravos de saúde pode levar à morte precoce, diminuição significativa da QV e potencialização, com piora significativa, do quadro da aids. Quanto mais o indivíduo se expõe a fatores de risco à saúde, maior é o grau de comprometimento desta (PINTO *et al.*, 2015).

Com relação às drogas ilícitas, a maconha mostrou-se a mais comum entre os usuários, e esta segue uma tendência em outros resultados, embora haja estudo mostrando o crack como a droga mais evidenciada e sabendo-se que este tem um potencial viciante elevado. (BOTTEI; MACHADO; TAMEIRAO, 2014). Já se enfatizando o uso do álcool, o tabagismo e o uso da maconha, tem-se que estes são fatores que passam pela iniciação do uso de drogas de abuso, consideradas mais prejudiciais e com maior poder de dependência (QIAN *et al.*, 2014). Ou seja, as pessoas que utilizam drogas de abuso com maior teor viciante tendem a passar antes pelo uso das drogas lícitas e da maconha. Há autores que ainda reforçam que a maconha serve como uma espécie de “porta de entrada” ou “fase de experimentação” antes dos usuários passarem a utilizar outras drogas de abuso (SANTOS; GANEM, 2013; SILVA *et al.*, 2014). Ressalta-se que na presente amostra todos os que utilizavam drogas ilícitas também era usuários de drogas lícitas, o que reafirma as informações dos dados citados anteriormente.

Um comportamento de risco para o HIV é uso de drogas endovenosas devido ao compartilhamento de agulhas e seringas, fazendo com que o vírus circule bastante entre os usuários que estão suscetíveis à infecção no momento em que realizam tal ação (MACHADO; BOARINI, 2013). O número de pessoas que utilizam este tipo de droga na amostra foi muito baixo e este número também é baixo quando se analisa outro estudo que aponta um declínio na quantidade de usuários de drogas endovenosas como um todo, o que acarreta em menor chance de transmissão do vírus por esta via (ARAÚJO, 2013).

No que se refere ao uso de drogas na amostra, percebe-se que a idade dos usuários de substâncias lícitas é maior (entre 30 e 39 anos) do que a dos usuários de drogas de abuso (entre 18 e 29 anos) e quem usava droga lícita possuía menor grau de escolaridade (entre 9 e 12 anos de estudo) se comparados a quem usava drogas ilícitas (maior ou igual a 13 anos de estudo). Reis, Uchimura e Oliveira (2013) referem que quanto maior o grau de escolaridade e acesso à informação, menor é o uso de drogas de abuso, ou seja, o grau conhecimento interfere no uso ou não de drogas ilícitas, o que não foi constatado neste já que não houve relevância estatisticamente significativa entre esses fatores.

Ainda quanto à idade de ambos os grupos, pode-se inferir que quanto mais velho, menor é a frequência de uso tanto de drogas lícitas como de drogas ilícitas. Estudos comprovam que é na idade mais jovem que se tem o maior contato com as drogas e onde se inicia o seu uso, devido a fatores de cunho social, psicológicos e até mesmo culturais (CARDOSO; MALBERGIER, 2014; SILVA *et al.*, 2014). Quanto mais jovem maior a necessidade de haver políticas e estratégias de combate ao uso abusivo de drogas (PINTO *et al.*, 2015).

Por meio dos achados envolvendo o público mais jovem sendo usuário de drogas ilícitas se corrobora a criação de intervenções que possam ao menos prevenir o aumento do número de usuários. Dias (2014) mostra que estratégias relacionadas à proibição do uso não têm um feito tão significativo na abstenção da utilização das mesmas. Por outro lado, estratégias voltadas para a conscientização e promoção da saúde parecem ser o melhor caminho para se reduzirem esses danos causados por tais substâncias.

Teve-se como limitações a possibilidade de os pacientes não serem totalmente verdadeiros nas respostas referentes ao uso de drogas e a repetição de pacientes nas consultas, já que muitos faziam acompanhamento em períodos menores de tempo, o que prolongou o tempo de coleta de dados já que não poderiam ser entrevistados mais de uma vez.

7 CONCLUSÃO

A maioria da amostra utilizava drogas lícitas, sendo as mais citadas dentre estas o álcool e o cigarro, e apenas uma pequena parte da amostra utilizava substâncias ilícitas, sendo mais referida a maconha. Dentre os achados mais relevantes teve-se ainda que o sexo masculino é predominante e também o que mais faz uso de drogas. Já quanto à idade, obteve-se que os usuários de drogas lícitas tinham idade maior que os usuários de drogas ilícitas.

Notou-se que as pessoas que não utilizavam nenhum tipo de drogas apresentaram menor carga viral que as que utilizavam e aquelas que utilizavam drogas lícitas também tinham carga viral menor se comparadas às que utilizavam drogas ilícitas.

Sugere-se a avaliação da qualidade de vida e impacto do uso de drogas a partir da aplicação de escalas que busquem analisar estes aspectos e a influência desse uso na carga viral e contagem de linfócitos T CD4+ no público em estudo.

Portanto, o estudo faz-se relevante devido ao conhecimento mais aprofundado das práticas das PVHA, o que tem direta relação com a manutenção da saúde e efetividade do tratamento. Deve-se aperfeiçoar as práticas de educação em saúde, uma excelente tecnologia do cuidado de Enfermagem, tornando-as cada vez mais presente em todos os serviços de saúde e voltando-as para o atendimento holístico e humanizado, de acordo com as necessidades de cada paciente para, assim, proporcionar maior conforto e bem-estar aos mesmos, a partir do conhecimento de seus hábitos.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, A.B.; SILVEIRA, M.F.; BARCELOS, R.S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 79-86, mar, 2015.
- ALMEIDA, M.C.; ALMEIDA, E.B. Perfil dos pacientes com infecção por HIV admitidos em Unidade de Terapia Intensiva adulto em Hospital Universitário de Juiz de Fora, MG. **Rev. Enf. UFJF**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 187-193, jul/dez, 2015.
- ALVES, V.S.; LIMA, I.M.S.O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Rev. Disan**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, nov, 2012/fev, 2013.
- ARAÚJO, G.B. *et al.* Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes com o vírus da imunodeficiência humana e marcadores sorológicos para o vírus da hepatite B. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 238-241, jul/set, 2013.
- ARENAS, M. Genetic Consequences of Antiviral Therapy on HIV-1. **Hindawi Publishing Corporation Computational and Mathematical Methods in Medicine**, v. 2015, n. 2, p. 1-9, jul, 2015.
- BATISTA, J.A.L. *et al.* Prevalence and socioeconomic factors associated with smoking in people living with HIV by sex, in Recife, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 432-443, 2013.
- BATISTA, J.A.L. *et al.* Association Between Smoking, Crack Cocaine Abuse and the Discontinuation of Combination Antiretroviral Therapy In Recife, Pernambuco, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 127-132, mar/abr, 2014.
- BEZERRA, V.P. *et al.* Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 70-76, dez, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2015.

BOTTI, N.C.L.; MACHADO, J.S.A.; TAMEIRAO, F.V. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 290-303, abr. 2014

CAMELO, L.V. *et al.* Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1011-1021, 2016.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Rev. Quadr. Assoc. Bras. Psic. Esc. Educ.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, jan/abr, 2014.

CARRILLO, E. H.; BERKHOUT, B. Bone Marrow Gene Therapy for HIV/AIDS. **Viruses**, [S.I.] v. 7, p. 3910-3936, 2015.

CASTRO, A.P. *et al.* Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/aids em hospital de Salvador, Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 37, Sup. 1, p. 122-132, jan./mar., 2013.

CEZAR, V.M.; DRAGNOV, P.B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, [S.I.] v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

COSTA, C.P.J. Acolhimento ao paciente do Serviço de Assistência Especializada (SAE): proposta de implantação de um folder educativo. **Revista ACRED**, [S.I.] v. 4, n. 8, 2014.

CUNHA, G.H. *et al.* Vaccination status of people living with HIV/AIDS in outpatient care in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Braz. Jou. Infect. Dis.**, [S.I.] v. 20, n. 5, p. 487-493, 2016.

DIAS, A.I. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-157, 2014

EARLA, R. *et al.* Enhanced nicotine metabolism in hiv-1-positive smokers compared with hiv negative smokers: Simultaneous determination of nicotine and its four metabolites in their plasma using a simple and sensitive electrospray ionization liquid chromatography-tandem mass spectrometry technique. **Drug. Metab. Dispos.**, [S.I.] v. 42, p. 282-293, fev, 2014.

FERREIRA, T.C.R.; SOUZA, A.P.C.; RODRIGUES JÚNIOR, R.S. Perfil clínico e epidemiológico dos portadores do HIV/aids com coinfeção de uma unidade de referência especializada em doenças infecciosas parasitárias especiais. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 419-431, 2015.

FERREIRA, S.C.; MACHADO, R.M. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n.3, p. 482- 489, Jul/Set, 2013.

GABATZ, R.I.B.*et al.* Percepção do Usuário Sobre a Droga em sala Vida. **Esc. Ana Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, jul/set, 2013.

GALINDO, W.C.M; FRANCISCO, A.L.; RIOS, L.F. Subjetividade no aconselhamento em HIV/Aids. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 129-145, jan/abr, 2013.

GUIMARÃES, M.D.C. *et al.* Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 412-426, 2013.

JARDIM, B.A.; CARVALHO, M.; SILVA, M.M.G. Impacto do estudo start - o início de uma nova era no tratamento do HIV. **Rev. Méd. da UFPR**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 207-210, 2015.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: A estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MALTA, D.C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014.

MANGUEIRA, S.O. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 27, n.1, p. 157-168, 2015.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 662-670, jul/set, 2013.

MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, [S.I.] v. 18, n 4, p. 543-550, out/dez, 2013.

MIOZZO, L. *et al.* Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 93-100, 2013.

NEPOMUCENO, TB; ROMANO, V.F. Tabagismo e relações de poder na produção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 701-710, 2014.

OKUNO, M.F.P. *et al.* Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul. 2014.

ORLANDI, F.S., PRAÇA, N.S. A esperança na vida de mulheres com hiv/aids: avaliação pela escala de Herth. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, jan/mar, 2013.

PINTO, A. *et al.* Perturbação do uso do álcool. **Rev. Port. Farmac.**, Portugal, v. 8, p. 34-43, 2015.

PINTO, D.S. *et al.* Estudo bibliográfico da qualidade de vida dos portadores de HIV/aids. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 02, p.686-99, 2014.

PADOIN, S.M.M. *et al.* Adesão à Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 446-451, jul/set, 2013.

PEQUENO, C.S.; MACÊDO, S.M.; MIRANDA, K.C.L. Aconselhamento em HIV/aids: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Ver. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 437-441, mai/jun, 2013.

PEREIRA, L.C. *et al.* Drugs legalization under the bioethics of protection perspective. **Rev. bioét. (Impr.)**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 360-369, 2013.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.S. **Metodologia do trabalhocientífico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Rio Grande do Sul, Universidade Feevale, 2013.

QIAN, H. *et al.* Current drug use and lack of HIV virologic suppression: point-of-care urine drug screen versus self-report. **BMC Infectious Diseases**, [S.I.] v. 14, n. 1, 2014.

REIS, R.K.; MELO, E.S.; GIR, E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 40-6, 2016.

REIS, L.M; UCHIMURA, T.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 276-82, 2013.

RIGHETTO, R.C. *et al.* Comorbidades e Coinfecções em Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Rev. Rene.**, v. 15, n. 6, p. 942-948, nov/dez, 2014.

ROCHA, M.D.H.A. História social da aids no mundo: A vulnerabilidade dos sujeitos. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 9, n. 1, fev, 2016.

RODRIGUES, J.A. *et al.* HIV: Fatores que Acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina. **Rev. Bras de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 3-10, 2013.

SANTOS, C.S.M; GANEM, K.M.G. A bebida alcoólica como “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 305-313, maio/ago. 2013.

SANTOS, W.M. *et al.* Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. **Sci. Med**, Porta Alegre, v. 25, n. 2, 2015.

SCHUELTER-TREVISOL, F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 87-94, jan/mar, 2013.

SERRA, A. *et al.* Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, abr/jun 2013.

SILVA, C.C. *et al.* Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 737-745, 2014.

SILVA, S.T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: A importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

SILVA, I.T.S. *et al.* Perfil dos casos de síndrome da imunodeficiência adquirida em um estado do nordeste do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 727-738, out/dez, 2014.

SILVA, J. *et al.* Quality of life in the context of HIV/AIDS: a comparative study with the general population. **J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 2, p. 88-92, 2013.

SILVA, J.A.G. *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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1-11, jun, 2015

SOARES, F.N.S, MORAIS, M.T.M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/aids cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA. **Rev.Saúde.Com.**, v. 1, n. 1, p. 54-63, 2014.

SOUZA, P.H.G.F; MEDEIROS, M. Diferencial salarial público-privado e desigualdade de renda *per capita* no Brasil. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 5-28, jan/mar, 2013.

MOUSSEAU, G.; MEDIOUNI, S.; VALENTE, S.T. Targeting HIV Transcription: The Quest for a Functional Cure. **Curr. Top. Microbiol. Immunol**, [S.I.] v. 389, n. 1, p. 121-145, 2015.

VIELMO, L. *et al.* Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. **Rev. Bras. Farm.** Rio de Janeiro, v. 95, n. 2, p. 617-635, 2014.

VILLARINHO, M.V. *et al.* Políticas Públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enfer**, Brasília, v 66, n 2, p. 271-277, mar/abr, 2013.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS FATORES DE RISCO ENTRE PESSOAS COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS AMBULATORIALMENTE”**, que tem como objetivo geral verificar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco entre pessoas que vivem com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. Por meio de uma entrevista que ocorrerá em ambiente privativo será aplicado um formulário com perguntas sobre seus dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos, os fatores de risco para hipertensão arterial e será verificada sua pressão arterial, peso, altura, calculado o índice de massa corporal, relação cintura/quadril e circunferência da cintura. Esse processo demorará aproximadamente 40 minutos.

A pesquisa não envolve procedimentos invasivos e não ocasionará prejuízos para sua saúde. A sua participação será espontânea. Caso aceite participar, mas em algum momento quiser desistir, terá a liberdade de retirar seu consentimento quando quiser, sem prejuízo para seu tratamento na instituição. Também esclarecemos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, utilizadas somente com fins científicos, não sendo divulgada a identidade de ninguém.

Riscos da pesquisa: O risco desta pesquisa envolve desconforto psicológico, visto que pode recordar eventos desagradáveis da sua vida e do processo de doença. Diante disso, poderemos parar a entrevista e coletar os dados em outro momento que lhe for mais conveniente, ou pode escolher também não mais participar da pesquisa.

Benefícios da pesquisa: Os benefícios desta pesquisa envolvem uma triagem sobre hipertensão e seus fatores de risco, que ocorrerá por meio da entrevista e avaliação da pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal, relação cintura/quadril e circunferência da cintura. Além disso, sua participação contribuirá com o estudo, pois seus dados serão analisados em conjunto com os de outros pacientes, e os achados poderão ser utilizados para melhorar seu atendimento em saúde nesta instituição, assim como melhorar a assistência de forma geral às pessoas que vivem com HIV/aids.

Informo que o Sr (a) tem a garantia de acesso as suas informações em qualquer etapa do estudo. A qualquer momento poderemos esclarecer eventuais dúvidas. Caso

necessite, você poderá ter acesso ao responsável pela pesquisa, ou se tiver dúvidas acerca da ética em pesquisa e sua participação no estudo, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Investigador principal: Gilmara Holanda da Cunha. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-160. Telefones: (85) 3366 8460; (85) 85 9612 6173.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP: 60430-270. Telefone: (85) 3366 8344.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira. Como pesquisador, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos. Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos, que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário(a) desta pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Nome do participante (paciente) _____	Assinatura _____
Nome do pesquisador _____	Assinatura _____
Nome da testemunha (se o paciente não souber ler) _____	Assinatura _____
Nome da profissional que aplicou o TCLE _____	Assinatura _____

Colocar a digital (caso não saiba ler e escrever)



APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nome: _____ Número do

Prontuário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

1) Data da entrevista (DD/MM/AA):		2) Data de nascimento (DD/MM/AAAA):		
3) Sexo: 1()M, 2()F		4) Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena		
5) Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)				
6) Estado Civil: 1()Solteiro 2()Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado 3() Divorciado/Separado 4()Viúvo				
7) Categoria de exposição: 1()Sexual 2()Transmissão Vertical 3()Sanguínea/transusão 4()Sanguínea/UDE 5()Acidente perfurocortante 6()Outro. Qual: _____				
8) Orientação sexual: 1()Heterossexual 2()Homossexual 3()Bissexual				
9) Religião: 1()Católica 2()Evangélica 3()Espírita 4()Outra 5()Sem Religião				
10) Situação ocupacional: 1()Empregado 2()Desempregado 3()Aposentado 4()Afastado				
11) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio:				
12) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos em R\$):				
13) Tempo de diagnóstico HIV Positivo (em anos):				
14) Tempo de uso da TARV (em meses): (0=Não usa TARV)				
15) Terapia antirretroviral em uso (marque um X no que usa atualmente): Dados do prontuário				
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (atuam na enzima transcriptase reversa, incorpora-se à cadeia de DNA que o vírus cria.	Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (bloqueiam a ação da enzima e multiplicação	Inibidores de Protease (atuam na enzima protease, bloqueia sua ação, impedindo a produção de novas	Inibidores de fusão (impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não poderá se reproduzir)	Inibidores da integrase (bloqueiam atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano. Inibe replicação do vírus e sua capacidade de infectar

Tornam a cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza)	viral)	cópias de células infectadas com HIV)		novas células)
1() Abacavir	7() Efavirez	10() Atazanavir	19() Enfuvirtida	20() Raltegravir
2() Didanosina	8() Nevirapina	11() Darunavir		
3() Estavudina	9() Etravirina	12() Fosamprenavir		
4() Lamivudina		13() Indinavir		
5() Tenofovir		14() Lopinavir		
6() Zidovudina		15() Nelfinavir		
		16() Ritonavir		
		17() Saquinavir		
		18() Tipranavir		
20) Contagem de linfócitos T CD4+ (células/mm³) (ver exame mais recente no prontuário):				
21) Carga Viral (cópias/ml) (ver exame mais recente no prontuário):				
USO DE DROGAS				
23) Uso de Bebidas alcoólicas: 0() Não 1() Sim Padrão: 1() Alto (todos os dias) 2() Moderado (3-4 x/sem) 3() Baixo (fim de sem)				
24) Tabagismo: 0() (Nunca fumou) 1() (Ex-fumante) 2() (Fumante) Quantos cigarros/dia? _____				
25) Drogas ilícitas: 0() (Nunca usou) 1() (Ex-usuário) 2() (Usuário) Qual(is)? _____				
26) Atividade física: 0() Não 1() Sim Padrão: 1() Alto (todos os dias) 2() Moderado (3x/sem) 3() Baixo (< 3 vezes/sem)				

Observação: _____

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS FATORES DE RISCO ENTRE PESSOAS COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS AMBULATORIALMENTE

Pesquisador: Gilmara Holanda da Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42171215.3.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 983.195

Data da Relatoria: 05/03/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

FORTALEZA, 12 de Março de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)