



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**HÉLIA CARLA DE SOUZA**

**BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS**

**Brasília/DF  
2017**

**HÉLIA CARLA DE SOUZA**

**BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marina Kohlsdorf.

**Brasília/DF  
2017**

**HÉLIA CARLA DE SOUZA**

**BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marina Kohlsdorf.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marina Kohlsdorf  
Orientadora

---

Prof MSc. Francino Azevedo  
Examinador

---

Prof Dr. Sergio Henrique de Souza Alves  
Examinador

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Dr Henry Maia Peixoto, por sua contagiante paixão pelo estudo, pela inspiração e apoio iniciais ao meu ingresso no programa de pós-graduação, por seu imenso conhecimento, respeito e profissionalismo. Você é admirável!!!

Agradeço às professoras Dalva Guimarães e Valéria Aguiar, por confiarem em meu trabalho. Sem vocês essa etapa não teria sido possível.

A minha orientadora Dr<sup>a</sup> Marina Kohlsdorf, por todo o conhecimento.

Ao querido André Moreira, pela imensa ajuda na revisão e pelo ombro amigo. Você me emocionou. Adoro você!

Ao professor Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira, pela gentileza em ler meu trabalho em pleno sábado.

Ao professor Dr. Marcio Rabelo Mota, por sempre me ensinar e estimular.

Ao professor Francino Azevedo, por escutar meus desabaços.

A lêda Paula, por todo carinho.

Aos pacientes que aceitaram participar do estudo, meu muito obrigada.

A minha mãe Heliana Ribeiro de Souza, pelo amor incondicional e por confiar em mim mais que eu mesma, amo você!

Ao meu amado filho Pedro Souza, por todo amor e compreensão. Te amo!

A minha irmã Camilla Souza, minhas sobrinhas Carolina Souza e Nicole Souza e minha prima-irmã Marcela Souza, por todo amor. Amo vocês!

A Isabella Ferreira e Gilberlânia Ferreira, por cuidarem sempre de mim.

Aos meus pequenos Doug e Nina, sempre ao meu lado. Amo!!!

A Sandra Duarte Mauch, por todo cuidado, carinho, atenção e respeito. Muito obrigada.

A querida Ana Karla da Silva, sempre incentivando, apoiando e ajudando. Obrigada por tudo, principalmente por suas palavras de otimismo e por não me deixar desanimar.

A amiga Maria Fernanda Navarro, que me recebeu de braços abertos.

A Damaura Santiago e Isabel Salvador, que me receberam com muito respeito e carinho, muito obrigada.

Às psicólogas Adriana Fagundes, Clarissa Vale e Sabrina Soares, que tanto me ajudaram.

Aos queridos Dr. José Miguel Neto e Dr<sup>a</sup>. Isabel Romeu, que me ajudaram e interviram com seus cuidados médicos e palavras de incentivo em um momento difícil da minha vida.

À amiga Cibele Rocha, sempre acreditando em mim.

Aos meus queridos amigos João e Dirce, pelas mensagens diárias de carinho.

Às amigas Kelly Languedey e Elizeth Gomes, por sempre estarem ao meu lado.

E, o mais importante, agradeço a Deus pela vida, por Sua infinita misericórdia, por todas as oportunidades de crescimento e por me amparar sempre.

*“Que eu jamais esqueça que Deus me ama infinitamente, que um  
pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de  
mudar e transformar qualquer coisa, pois...  
A vida é construída nos sonhos e concretizada no amor.”*  
Chico Xavier

## RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) promove a redução progressiva das funções do sistema imune, podendo induzir o surgimento de eventos adversos agudos, tais como: febre, infecções de vias aéreas superiores, lesões articulares e/ou musculoesqueléticas, comprometimento dérmico, fadiga, depressão e ansiedade. Adicionalmente, a progressão da doença é acompanhada por infecções oportunistas, aumentando a morbidade e a mortalidade. A terapia antirretroviral (TARV) tem por finalidade reduzir os efeitos da doença, a morbidade e a mortalidade, além de aumentar a qualidade de vida e o bem-estar do paciente. Entretanto, a TARV induz alterações psicológicas e físicas consequentes do próprio tratamento, que podem interferir em sua adesão. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar a adesão terapêutica em pacientes submetidos à TARV no Distrito Federal, além de verificar os fatores facilitadores relacionados à adesão à TARV. Para isso, 99 participantes (10 mulheres e 89 homens) portadores do vírus HIV, foram selecionados por conveniência em duas unidades públicas de saúde no Plano Piloto. No local, responderam ao questionário para avaliação da adesão aos cuidados antirretroviral - CEAT-HIV, questionário sócio demográfico e questionário semiestruturado. Na amostra analisada, 33 participantes (33,3%) apresentaram adesão baixa/insuficiente ao tratamento, 52 participantes (52,5%) apresentaram adesão insuficiente/regular ao tratamento, enquanto 14 participantes (14,1%) apresentaram adesão estrita. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres na pontuação do questionário de adesão aos cuidados (H:75,26 ± 5,53 vs. M: 76,30 ± 2,54;  $p = 0,944$ ). Não houve diferença no escore de adesão aos cuidados entre os diferentes graus de instrução (1 grau: 76,51 ± 4,03 vs. 2 grau 72,78 ± 7,15 vs. 3 grau: 76,12 ± 4,21;  $p = 0,066$ ). O fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde, a informação adequada e a conscientização dos pacientes, favorecem uma alta adesão aos cuidados, independentemente do nível escolaridade, sexo e do tempo de tratamento.

Palavras-chave: Adesão à Terapia Antirretroviral. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV.

## ABSTRACT

The infection by Human Immunodeficiency Virus (HIV) promotes a progressive reduction of immune functions leading to some adverse effects such as fever, acute upper respiratory tract infection, joint, muscle and bone injuries, dermal compromise, fatigue, depression, and anxiety. Additionally, the disease progression is followed by opportunistic infections leading to morbidity and mortality. The antiretroviral treatment (TARV) aimed to reduce the disease effects, decrease morbidity and mortality, as well as improve quality of life and well-being. However, TARV may induce psychological and physical changes leading by the own treatment, that could reduce its adherence. Therefore, this study aimed to assess the barriers that impair the adherence of TARV, as well as verify the facilitating factors related to the treatment adherence. So, 99 participants (10 women and 89 men) HIV positives, selected by convenience, were enrolled in this study. They are attended at two units in Plano Piloto. At these places completed a questionnaire designed to assess TARV adherence – CEAT-HIV and a social and demographic questionnaire. Thirty-three volunteers (33.3%) showed lower adherence, 52 volunteers (52.5%) showed moderate adherence to the treatment, while 14 volunteers (14.1%) showed high adherence to the treatment. There was no significant difference between men and women (H:  $75.26 \pm 5.53$  vs. M:  $76.30 \pm 2.54$ ;  $p = 0.944$ ). There was no significant difference between scholar status (1 grade:  $76.51 \pm 4.03$  vs. 2 grade  $72.78 \pm 7.15$  vs. 3 grade:  $76.12 \pm 4.21$ ;  $p = 0.066$ ). In summary, the adherence of the antiretroviral treatment by the studied patients was lower (33.3%), moderate (52.5%) and high (14.1%). There was no significant difference between the groups that showed moderate and high adherence of the treatment in instruction level, gender and duration of the treatment.

Keywords: Antiretroviral Therapy. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Correlação entre o tempo de tratamento e adesão terapêutica ao tratamento.....</b>	<b>42</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Antirretrovirais disponíveis. ....</b>	<b>24</b>
<b>Tabela 2 – Métodos de Monitoramento Indireto. ....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 3 - Características dos participantes incluídos, Distrito Federal (2016).</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 4 - Distribuição segundo a categorização do escore de adesão, questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016). ....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 5 - Respostas ao questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016), itens 1 a 7. ....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 6 - Respostas ao questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016), itens 8 a 14. ....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 7 - Respostas ao questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016), itens 15 a 20. ....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 8 - Distribuição segundo a categorização do escore de adesão, questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016). ....</b>	<b>41</b>
<b>Tabela 9 - Distribuição das características pessoais segundo a categorização do escore de adesão, Distrito Federal (2016). ....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 10 - Distribuição das respostas ao CEAT-VIH segundo a categorização do escore de adesão, Distrito Federal (2016). ....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 11 - Respostas ao Questionário semiestruturado, Distrito Federal (2016).....</b>	<b>54</b>
<b>Tabela 12 - Distribuição das respostas do questionário semiestruturado segundo o sentimento ao receber o diagnóstico, Distrito Federal (2016). ....</b>	<b>55</b>

## LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ARV AIDS	Associated Retrovírus
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CEAT-VIH	<i>Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral</i>
CSB	Centro de Saúde de Brasília
CV	Carga viral
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EQS	Entrequadra Sul
EUA	Estados Unidos da América
HBV	Vírus da hepatite B
HIV	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>
HTLVIII	<i>Human TCell Leukemia/Lymphotropic Virus Type III</i>
HV	Hepatites Virais
LAV	<i>Lymphadenopathy-Associated Vírus</i>
MEMS	Monitoramento eletrônico de medicamentos
MS	Ministério da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RNA	Ácido ribonucleico
RT_PCR	Reação em cadeia da polimerase após transcrição reversa

SAE	Serviço de Assistência Especializada
SGAN	Setor de Grandes Áreas Norte
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Fortemente Ativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste rápido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para AIDS

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>13</b>
1.1 Breve histórico do HIV/AIDS .....	13
1.2 Ações de luta contra o HIV/AIDS .....	14
1.3 O posicionamento do Brasil Internacionalmente .....	16
1.4 Bases biológicas do HIV e modos de transmissão .....	17
1.5 Quadros clínicos .....	20
1.5.1 Síndrome Retroviral Aguda (SRA) .....	20
1.5.2 Fase de latência clínica e sintomática .....	20
1.5.3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida .....	21
1.6 Diagnósticos laboratoriais .....	21
1.7 Terapias Antirretrovirais (TARV).....	22
1.8 Adesão à terapia com antirretrovirais .....	24
1.9 Modelos de estudo, monitoramento e avaliação da adesão .....	29
1.10 Efeitos colaterais e redes de serviços de atenção básica .....	34
<b>2 A PESQUISA</b> .....	<b>37</b>
2.1 Objetivo geral .....	37
2.2 Objetivos específicos.....	37
2.3 Método.....	37
2.3.1 Participantes.....	37
2.3.2 Local.....	38
2.3.3 Instrumentos.....	38
2.3.3.1 Questionário semiestruturado .....	39
2.3.3.2 Questionário CEAT-VIH .....	39
2.3.4 Cuidados éticos.....	39
2.3.5 Procedimentos .....	40
2.3.6 Análises de Dados .....	40
2.4 Resultados .....	41
2.5 Discussão .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>69</b>

## INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus associado à imunodeficiência progressiva de seu portador, com supressão de linfócitos T CD4+ e glóbulos específicos. Tais fatores comprometem o potencial de defesa do sistema imune, caracterizando a patologia como crônica e potencialmente letal. (LAZZAROTO; DERESZ; SPRINZ, 2010).

A depressão do sistema imune, em função do comprometimento leucocitário e da acentuada linfopenia, torna o paciente vulnerável a uma série de patologias oportunistas, infecções e mutações nos processos de divisão celular, induzindo o surgimento, por exemplo, de linfomas. Nesse sentido, o aumento da morbidade e da mortalidade está associado às consequências de uma imunodeficiência. (SOMARRIBA et al., 2010).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana é considerada uma epidemia mundial e apresenta diversos fatores de risco associados, como idade, sexo, etnia, orientação sexual e renda média. Apenas no Brasil, de 2007 a 2015, foram notificados 93.260 casos de infecção pelo vírus HIV, sendo 5.926 apenas no Centro-Oeste. (BRASIL, 2006). Entretanto, acredita-se que uma relevante fração de indivíduos infectados pelo vírus não foi identificada e, portanto, não foi reportada para os órgãos reguladores.

Na década de 1990, com o objetivo de reduzir os efeitos ocasionados pela imunossupressão, foi incorporada ao tratamento a Terapia Antirretroviral Fortemente Ativa (TARV). Assim, o uso dessa medicação aumentou a qualidade e o tempo de vida dos pacientes. Entretanto, a TARV induz uma série de efeitos colaterais, reduzindo a adesão aos cuidados. (THIÉBAUT et al., 2000).

Nesse cenário, o estudo da adesão aos cuidados é fundamental para a proposição de estratégias que visam aprimorar sua aplicação. Enquanto a adesão aos cuidados é fundamental na elevação da expectativa de vida e da própria qualidade de vida do paciente, a não adesão pode estar relacionada ao entendimento do próprio paciente, aos efeitos colaterais, às informações transmitidas pelas unidades de saúde ou à ineficiência do serviço de apoio social. (CARDOSO; ARRUDA, 2004; SILVA; WAIDMAN; MARCON et al., 2009). Nesse sentido, torna-se necessário analisar a adesão terapêutica em pacientes submetidos a TARV e verificar os fatores relacionados.

## 1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### 1.1 Breve histórico do HIV/AIDS

O HIV é um retrovírus RNA da subfamília *Lentiviridae*, sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, e possui dois agentes etiológicos HIV-1 e HIV-2, os quais fazem parte dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos, que se multiplicam através de uma enzima transcriptase reversa responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro. Caracteriza-se por ser lábil no ambiente externo, inativado por agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído). (ALQUÉZAR; SALLES; CHAMONE, 2005).

A primeira informação de que a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) fosse causada por um vírus foi relatada em 1983, quando esse foi isolado a partir do linfonodo de um paciente com linfadenopatia persistente, e de um outro com AIDS. O vírus foi chamado no início de *Lymphadenopathy-Associated Vírus* (LAV), *Human TCell Leukemia/Lymphotropic Vírus Type III* (HTLVIII) e ARV (AIDS Associated Retrovírus) e, nos dias atuais, é denominado vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). No ano de 1986, outros retrovírus foram encontrados em dois pacientes de origem africana (África Ocidental) com a doença, denominado de HIV-2. (SABINO; BARRETO, 2005).

A epidemia causada pelo surgimento da AIDS ocorreu no mundo no final da década de 1970, referindo os primeiros casos detectados nos Estados Unidos, Haiti e África. Esse ano de 1970 marcou a presumível chegada do HIV no Brasil, momento em que ocorriam fatos políticos, sociais e culturais que ajudariam na construção dessa história. Muitas discussões aconteciam cobrando o fortalecimento da política brasileira, movimentos para reforma sanitária e articulações de forças democráticas assumindo posições no poder. (MARQUES, 2002; SOUSA et al., 2012).

Informações oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) mencionam que a descoberta do vírus foi feita por Luc Montaigne, na França e Robert Gallo, nos Estados Unidos da América (EUA). E a denominação HIV (*Human Immunodeficiency Vírus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) foi recomendada por um comitê internacional em 1986.

De acordo com Pinto e colaboradores (2007), a síndrome foi confirmada nos EUA, aproximadamente em 1981, em homens adultos homossexuais que residiam em San Francisco e que apresentaram no exame clínico e físico Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigo *carini*) e comprometimento do sistema imune. No Brasil, o primeiro episódio de AIDS ocorreu em São Paulo, em 1980. Outros foram registrados em julho de 1982 no mesmo estado. Em 1983, dez casos surgiram, quatro dos quais foram notificados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e os demais veiculados pela imprensa extraoficialmente. (MARQUES, 2002).

Na história da sociedade, foram registradas conquistas nas questões de liberdade individual e avanços no reconhecimento dos direitos de populações em estado de marginalização. E esses pontos políticos aprimoraram os grupos sociais na organização de planos e estratégias de prevenção, combate a situações de discriminação e assistência a indivíduos vivendo com HIV e AIDS, fortalecendo a resposta da epidemia no Brasil. No término dos anos de 1980, os dados epidemiológicos da AIDS no Brasil se assemelhavam aos de outros países da África. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Nessa época, existia grande preocupação de que a doença se transformasse em uma epidemia, já que estavam sendo diagnosticados muitos casos na população, podendo assim provocar mudanças drásticas na saúde e na economia brasileira, além de que afetaria as realidades social e cultural, pela elevada incidência em mulheres e homens heterossexuais e pelo surgimento em grupos sociais vulneráveis. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

## **1.2 Ações de luta contra o HIV/AIDS**

No Estado de São Paulo, em 1985, foi criada a primeira ONG brasileira de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, o GAPA, resposta dada pelo governo em relação à pressão exercida pelo movimento homossexual. Nesse ano, também foi inaugurado o Instituto de Estudos da Religião (ISER), do Programa de Prostituição e Cidadania, que foi o pioneiro da Rede Brasileira dos Profissionais do Sexo. Em 1986, foi criada a Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA), composta por médicos, intelectuais, políticos e representantes do mundo artístico, consagrando as seguintes ações: contribuições na política, produção de material para conhecimento sobre a doença, ativismo para uma nova regulamentação do uso

do sangue, participação em organização de instituições não governamentais em rede e elaboração de propostas preventivas. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; SOUZA et al., 2010).

Em 2 de maio de 1985, o Ministério da Saúde reconheceu o terror que a doença estava propagando na saúde pública brasileira, determinando a publicação da Portaria 236, pela qual foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, registrando as primeiras diretrizes para o enfrentamento da epidemia no Brasil, então considerada uma questão de emergência. No começo, as ações se desenvolveram em nível local, como subpolíticas no Sistema Único de Saúde (SUS); devido à extensão da epidemia, foi necessária atuação em nível nacional. (MARQUES, 2002; SOUZA et al., 2010; BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

A coordenação do PN-DST/AIDS instituiu todas as ações para o combate à epidemia no país, visualizando primeiramente os grupos considerados de risco (homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e politransfundidos e os usuários de drogas injetáveis). Assim, após a doença ter sido reconhecida oficialmente pelo governo federal como uma ameaça, as atuações deram sequência dentro dos estados atingidos, tendo o Hospital Emílio Ribas de São Paulo como referência para os programas estaduais. (MARQUES, 2002).

O ano de 1993 foi marcado pela viabilização do Projeto AIDS I pelo acordo realizado entre o PN-DST/AIDS com o Banco Mundial, desenvolvendo ações de enfrentamento da epidemia no período de 1994 a 1998, com colaboração de uma equipe multiprofissional de especialistas. O segundo Projeto AIDS II foi pactuado entre o Banco Mundial e o Brasil em 1998, sendo executado até 2002. (SOUZA et al., 2010; BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

A Política Nacional de DST/AIDS foi estabelecida em 1999, com o objetivo de agrupar as diretrizes que norteariam as ações do PN-DST/AIDS no setor da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. As ações tinham como base os alicerces do SUS e possuía os seguintes desafios:

Redução da incidência da AIDS, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; e a priorização das ações voltadas para as DST no país. (SOUZA et al., 2010, p. 26).

No começo da epidemia, as ações de controle realizadas pelas autoridades se operacionalizaram de forma descuidada, pois se acreditava que a situação não era merecedora de tantas atenções, pelo fato de, naquela época, estar presente apenas dentro de grupos marginalizados. O PN-DST/AIDS/MS foi responsável pelo financiamento das atuações de prevenção da infecção do HIV nos anos de 1993 a 2002 por meio de convênios firmados com Estados e Municípios. (SOUSA et al., 2012).

Em 1991, deu-se início ao processo para a obtenção e distribuição gratuita de antirretrovirais e, em 1993, o AZT passou a ser produzido no Brasil. O início dessa terapia foi responsável, desde 1996, pela redução do número de mortes associado também à descentralização da assistência, permitindo um diagnóstico precoce e uma intervenção apropriada sobre as infecções consideradas oportunistas, o que alterava de forma relevante a sobrevivência dos pacientes. (SOUSA et al., 2012).

Em 1996, foi sancionada pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, a aprovação da Lei Federal nº 9.313/96, através do PN-DST/AIDS, para uma política de distribuição de fármacos de forma gratuita aos portadores do HIV e aos doentes de AIDS. (BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

### **1.3 O posicionamento do Brasil Internacionalmente**

A colaboração direta do Brasil no domínio internacional com objetivo de enfrentamento da epidemia de AIDS começou nos anos 1980 no âmbito das Américas, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) agenciava reuniões para atualização da situação epidemiológica e definição de estratégias locais. O Brasil foi reconhecido como importante membro dentro desse cenário na implantação do programa de acesso gratuito aos fármacos antirretrovirais. O país participou desse processo com objetivo de formalizar convênios que viabilizassem a sustentabilidade financeira da distribuição dos fármacos no país e a adoção de uma tática internacional para expandir o ingresso em países de baixa e média renda. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A participação do Brasil deu-se no contexto da Organização Mundial do Comércio (OMC) e na Organização das Nações Unidas (ONU), motivada, primeiramente, pela necessidade de diminuir os preços dos antirretrovirais pagos pelo SUS, através da produção nacional de medicamentos da linha genérica e da obtenção de melhores preços e, em conseqüente, as outras discussões em relação

ao comércio com sua aprovação na Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas pelos países membros, com exceção dos Estados Unidos. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A segunda motivação foi à contribuição para que países de pouca renda desenvolvessem suas políticas de domínio da epidemia e de acesso à droga, apoiando a necessidade de ser agendada essa discussão junto aos organismos internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Programa Conjunto das Nações Unidas para AIDS (UNAIDS). O Brasil conseguiu a aprovação em 2003, da estratégia 3 by 5 da OMS e da UNAIDS, que tinha por objetivo facilitar o acesso de 3 milhões de pessoas aos medicamentos antirretrovirais até o final de 2005. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Em 2001, a Assembleia Geral das Nações Unidas reuniu-se em uma Sessão Especial (UNGASS) para discutir a epidemia de AIDS, resultando na produção da Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS, onde foram registrados metas e prazos para o enfrentamento da epidemia em âmbito global. Em 2006, esse documento fortaleceu a mobilização global, ao assumir o acesso universal à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio como meta até 2010. (UNAIDS, 2007).

#### **1.4 Bases biológicas do HIV e modos de transmissão**

O ciclo viral pode ser descrito quando o vírus entra na célula por meio da ligação feita da proteína de superfície (gp120) com o receptor da própria célula (molécula CD4), iniciando a infecção. Quando o RNA viral entra na célula, ele se transforma em DNA dentro do citoplasma nas primeiras horas da infecção, obtendo dupla fita de DNA que se integra ao genoma do hospedeiro, permanecendo nessa célula enquanto a mesma estiver viva. A dispersão do vírus ocorre por brotamento quando a ação de uma enzima protease processa algumas proteínas que tornam a partícula madura e com capacidade de infectar nova célula. (SABINO; BARRETO, 2005).

De acordo com Marques e Masur (2005), são infectados três grandes grupos de células: CD4<sup>+</sup> (Linfócitos T *helper*), monócitos e macrófagos e algumas dendríticas. O indicador da infecção é uma depleção seletiva de linfócitos CD4<sup>+</sup>, células importantíssimas para manutenção da função imunológica normal no

organismo humano e, quando ocorre redução do seu número, o indivíduo fica mais susceptível a infecções oportunistas e a cânceres.

Os seres humanos infectados pelo HIV avançam para uma grave disfunção imunológica à medida que os linfócitos TCD4<sup>+</sup> são destruídos. O *Center for Disease Control* (CDC) definiu, desde 1993, que uma pessoa tem AIDS quando apresentar o cálculo de linfócitos < 200 células/mm<sup>3</sup> ou com descrição de quadro clínico compatível com a doença. (SILVA, 2010).

Segundo o MS (2010), muitas literaturas têm preconizado o início da TARV para o paciente com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> ou mediante quadro clínico de imunodeficiência grave. Essa sugestão foi feita pela experiência comprovada em ensaios clínicos randomizados de que o início posterior da TARV para os doentes ou com número de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> eleva a taxa de mortalidade e de progressão para AIDS. No entanto, apesar dessas colocações, os ARV estão sendo iniciados tardiamente em fase progressiva da doença na maioria da população.

O paciente que está infectado pelo vírus HIV e outros sorotipos podem permanecer muitos anos sem apresentar o quadro clínico da doença. No entanto, pode transmitir o vírus pelas várias formas de transmissão. (ALQUÉZAR; SALLES; CHAMONE, 2005). O paciente infectado tem seus sonhos destruídos, passando a vivenciar sentimentos de medo, depressão, culpa, insegurança pela possível incapacidade de atingir objetivos almejados ao longo da vida e se questiona frequentemente sobre as dificuldades de reaproximação junto à sociedade e à comunidade. (SILVA, 2013).

O HIV pode ser transmitido por diversas vias: sexual (relações sexuais desprotegidas); sanguínea (uso de sangue e derivados não testados, não tratados, via parenteral e vertical que acontece de mãe para filho durante as fases do parto); aleitamento materno; reutilização e compartilhamento de objetos injetáveis; no acidente de trabalho (manejo inadequado de materiais pérfuro-cortantes contaminados com sangue e secreções de pacientes). O indivíduo torna-se transmissor desde o momento que adquire a infecção. (SILVA, 2010; BRASIL, 2014).

Segundo os autores, a relação sexual via anal foi identificada como a de maior risco de infecção para os dois sexos. É de conhecimento que qualquer forma de relação sexual com troca de fluidos, presença de sangue e de doenças

sexualmente transmissíveis (DST) entre companheiros representa um aumento desse risco. (RIBEIRO et al., 2005).

A prática sexual está relacionada diretamente com a vulnerabilidade da população exposta. A relação sexual sem uso de preservativo (insumo) pode estar associada às questões de desigualdades nas relações de gênero, condições sociais, mitos, fatores morais e religiosos, prática do sexo comercial, uso de drogas, orientação sexual e outras. Alguns fatores estão interligados a essas condições: situação financeira restrita que dificulta o acesso ao insumo, pouca escolaridade e o não conhecimento das informações. Além disso, há ainda mitos relacionados à questão do sentir maior ou menor prazer com o uso do insumo. (BRASIL, 2006).

A transmissão perinatal ou vertical pode acontecer intraútero, no período das fases do parto e pelo aleitamento materno. A prevenção dessa forma de transmissão é primária, de forma a anteceder a concepção e vai desde o aconselhamento até o teste para diagnosticar a infecção. (RIBEIRO et al., 2005).

A transmissão do HIV de mãe para filho (vertical) pode ocorrer durante a gestação, parto e pela amamentação. A realização do pré-natal, com disponibilidade de realização da testagem para o HIV e do aconselhamento, aumenta as oportunidades de a mãe ter um bebê saudável, devido ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado para a gestante positiva para HIV e seu recém-nascido. O teste anti-HIV deve ser feito com autorização da grávida, e se não for realizado durante esse período ou não obtiver o resultado do mesmo, será necessário realizá-lo ao final do 3º trimestre ou no momento do parto. (BRASIL, 2006). A transmissão vertical pode ocorrer em torno de 30% a 50% dos casos, via placenta, de mãe para filho, principalmente quando a infecção na mãe é recente, o quadro clínico é avançado, há prematuridade do recém-nascido e situações que coloquem o concepto em contato com o sangue materno. (SILVA, 2010).

A contaminação pelo HIV através de transfusão de sangue foi confirmada no começo da epidemia, considerada a via mais eficaz pela elevada concentração de carga viral no sangue de pacientes infectados. Nos países desenvolvidos que utilizaram testes sorológicos sensíveis para detecção de anticorpos contra o vírus, houve redução do percentual de risco de ocorrência por essa via. O uso dos hemoderivados, como os concentrados de hemácias, linfócitos, plaquetas e plasma, não testados e não tratados corretamente, podem ser fonte de transmissão do HIV.

No Brasil, a legislação obriga a triagem do sangue com testes anti-HIV. (RIBEIRO et al., 2005).

## **1.5 Quadros clínicos**

Devido à especificidade do vírus, os quadros clínicos são diversos, sobre os quais se disserta a seguir.

### **1.5.1 Síndrome Retroviral Aguda (SRA)**

A infecção pelo HIV-1 apresenta quadro agudo (assintomático, oligossintomático) denominado síndrome retroviral aguda (SRA), podendo chegar até às manifestações clínicas da doença propriamente dita, AIDS, ocorrendo em pelo menos 50% dos pacientes. O quadro agudo da SRA é descrito como passageiro, com presença de sinais e sintomas decorrentes após a exposição ao vírus, sendo acompanhado de intensa replicação viral e resposta do sistema imune específica, desempenhando um papel importantíssimo nessa fase, durando de uma a quatro semanas, com elevada queda temporária da contagem de T CD4+. O paciente refere quadro clínico com febre, dor na garganta, nas articulações, dores musculares, de cabeça, além de sinais de depressão, manchas na pele, fraqueza geral, dificuldade para enxergar na presença da luz, emagrecimento e mal-estar. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

Outros pacientes podem queixar-se de candidíase oral (infecção produzida pela bactéria cândida quando presente na mucosa oral), neuropatia periférica (afecção do sistema nervoso periférico), meningoencefalite asséptica (inflamação do encéfalo e das meninges) e síndrome de Guillain-Barré (uma doença desmielinizante caracterizada por uma inflamação aguda com perda da mielina). (BRASIL, 2014).

### **1.5.2 Fase de latência clínica e sintomática**

Na fase de latência, ocorre involução dos linfonodos, acompanhado da progressão da doença. O diagnóstico diferencial é descrito pelas doenças linfoproliferativas e tuberculose. Os pacientes citam sinais e sintomas inespecíficos: febre, perda de peso, sudorese noturna, prostração, além de processos oportunistas de menor gravidade, como: diarreia, cefaleia, modificações neurológicas, pneumonia, sinusite, bronquites. Nos exames laboratoriais, a plaquetopenia é destacada, além da anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia discretas.

Ainda podem ser referidas lesões cutâneas (foliculite, seborreia). A contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> fica acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, sendo comum infecção respiratória (tuberculose), e nesse ponto a contagem de T CD4<sup>+</sup> está reduzida entre 200 e 300 células/mm<sup>3</sup>. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

### **1.5.3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

A síndrome da imunodeficiência adquirida é definida pelo surgimento de infecções oportunistas, como a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigamente *P. carini*), toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus e neoplasias como o Sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e neoplasias intraepiteliais anal e cervical. Nesse estágio, a contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> está abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> e ainda podem ser diagnosticadas outras doenças provenientes de lesões dos órgãos. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

## **1.6 Diagnósticos laboratoriais**

A avaliação laboratorial específica para HIV teve início em 1983, depois da identificação do vírus. Nos dias atuais, existem muitas técnicas com sensibilidade e especificidade que podem ser utilizadas nos indivíduos. De acordo com Granato e Carraro (2005), as técnicas para detecção podem ser classificadas em: 1) técnicas para detecção de anticorpos anti-HIV composta por: ensaio imunoenzimático, ensaio de imunoeletrotransferência (WESTERN BLOT), imunofluorescência indireta e aglutinação de partículas de gelatina; 2) técnicas para detecção de antígenos do HIV; 3) técnicas para detecção do ácido nucléico viral composta por: reação em cadeia da polimerase após transcrição reversa (RT\_PCR), reação de NASBA, DNA ramificado ou *BRANCHED DNA*.

A janela imunológica é o período de tempo entre a infecção pelo vírus até que a detecção por marcadores virais ou antivirais se torne perceptível.

Deve-se considerar que:

Muitos fatores podem contribuir para que esse tempo não seja estabelecido para todos os indivíduos, pois a soro conversão é individualizada, existindo ainda os soros conversores lentos. Caso não ocorra a soro conversão no intervalo de 30 dias, o indivíduo deve ser considerado como não infectado. (BRASIL, 2014, p. 28).

Os laboratórios das redes pública, privada e os conveniados ao SUS seguem as orientações do fluxograma disponibilizado na Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, detalhados no manual assim:

Resultado não reagente é liberado com base em um único teste; entretanto, caso persista a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra. O resultado reagente sempre é confirmado com um segundo teste diferente. Com base na especificidade dos testes de triagem, dois resultados reagentes são utilizados para o diagnóstico da infecção. É importante ressaltar que todos os indivíduos recém-diagnosticados devem realizar o exame de quantificação da carga viral (CV) que, em realidade, compõe um terceiro teste e cujo resultado ratifica a presença da infecção no indivíduo. (BRASIL, 2014, p. 288).

O teste rápido (TR) é uma forma de realizar o diagnóstico, muito utilizado em local que permite ao indivíduo visualizar o resultado, podendo ser aplicado em organização governamental, ou não. Uma vez tendo diagnóstico confirmado, o indivíduo deve ser direcionado para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE). (BRASIL, 2014).

### **1.7 Terapias Antirretrovirais (TARV)**

O estabelecimento da terapia antirretroviral (TARV) tem por finalidade reduzir a morbimortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, porém não extirpando a infecção pelo HIV. Para favorecer esse início, foram definidos critérios a serem seguidos baseados nos dados sobre os riscos de infecções oportunistas, avanço da doença e óbito. Está claro que o tratamento iniciado precocemente aumenta as oportunidades de elevação dos níveis elevados de LT-CD4+, além de ajudar na redução da transmissão do HIV. (BRASIL, 2013).

Em relação ao início da TARV, o MS orienta: 1) não pode haver repressão; 2) informar ao paciente os dados disponíveis que justificam seu tratamento precoce; 3) esclarecer que o tratamento não pode ser interrompido quando iniciado; 4) elucidar a necessidade de uso de método preventivo.

Segundo informações oficiais do MS (BRASIL,2013), as recomendações para o início da TARV, no caso de pacientes assintomáticos, são:

- 1) linfócitos T CD4+ menor ou igual a 500 células/mm<sup>3</sup> – iniciar;

2) linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm<sup>3</sup> na coinfeção pelo vírus da hepatite B (HBV) (o avanço da doença hepática do tipo B é mais ágil nos pacientes coinfectados pelo HIV e pelo HBV do que entre outros e o risco de mortalidade por complicações pela hepatite é muito maior em pessoas com marcadores acima de 500 células/mm<sup>3</sup> devendo iniciar a terapia o mais breve possível);

3) linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm<sup>3</sup> – doente com cardiopatia vascular ou risco aumentado para a mesma, doentes que iniciaram terapia tiveram melhoras significativas na função endotelial;

4) doentes com diagnóstico de neoplasias com indicação de quimioterapia ou radioterapia;

5) nos casos de infecção por mais de uma doença, entre elas pelo vírus da hepatite C (HCV), em pacientes com número de linfócitos T CD4+  $\leq$  500 células/mm<sup>3</sup>, aconselha-se começar a TARV e aguardar que o número de linfócitos aumente para fazer o tratamento para HCV, e organizar o esquema de horário das medicações;

6) carga viral acima de 100.000 cópias/mL - Nos pacientes com contagem de linfócito T CD4+  $>$  500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral superior a 100.000 cópias/mL, recomenda-se acompanhamento laboratorial contínuo, considerando o começo da TARV quando o linfócito T CD4+ estiver próximo a 500 células/mm<sup>3</sup>;

7) início de TARV em gestantes – aconselha-se a terapia independentemente da presença de sintomas ou da contagem de linfócitos T CD4+, continuando após o parto e

8) início de TARV para pessoas vivendo com HIV em parcerias – devido à variedade de fatores relacionados com a transmissão pela via sexual.

O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites virais regula o quantitativo de antirretrovirais que devem ser encaminhados para o almoxarifado central dos Estados e/ou do MS (SADM). Posteriormente, esse estoque é distribuído para o nível estadual, municipal e depois para as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), de acordo com cada necessidade. Esse abastecimento é controlado segundo as informações disponibilizadas na base de dados. Segundo o MS, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) acessado nas UDM permite o controle do consumo, estoque e a impressão de relatórios que favorecem o planejamento e a alteração de quantidades junto às Coordenações. (LOPES, 2012).

A Tabela 1 apresenta os ARV disponíveis.

**Tabela 1 - Antirretrovirais disponíveis.**

<b>Nome</b>	<b>Abreviação</b>	<b>Grupo</b>	<b>Apresentação</b>
Zidovudina	AZT	ITRN	Cáps. 100 mg
Didanosina	DDI	ITRN	Cáps. 25 e 100 mg
Estavudina	D4T	ITRN	Cáps. 30 e 40 mg
Lamivudina	3TC	ITRN	Comp. 150 mg
Abacavir	ABC	ITRN	Comp. 300 mg
Tenofivir	TDF	ITRN	Comp. 300 mg
Emtricitabina	FTC	ITRN	Cáps. 200 mg
Nevirapina	NVP	ITRNN	Comp.200 mg
Efavirenz	EFZ	INNTR	Cáps. 200 e 600 mg
Indinavir	IDV	IP	Cáps. 400 mg
Ritonavir	RTV	IP	Cáps. 100 mg
Nelfinavir	NFV	IP	Cáps. 250 mg
Amprenavir/Fosamprenavir	APV/FPV	IP	Cáps. 700 mg
Saquinavir	SQV	IP	Cáps. 200 mg (dura)
Lopinavir	LPV	IP	Cáps. 133/33 mg
Darunavir	DRV	IP	Comp 300 mg
Enfurvitida	T20	IF	Via subcutânea 90 mg
Maraviroque	MVC	iCCR5	Comp 150 e 300 mg
Raltegravir	RAL	Inibidor de Integrase	Comp 400 mg

Fonte: BRASIL (2013).

### **1.8 Adesão à terapia com antirretrovirais**

A adesão é um tema de grande importância na terapia contra o HIV. O ano de 1996 foi marcado pelo início da terapia antirretroviral (TARV) combinada com redução na morbidade e mortalidade relacionada à AIDS, sendo conceituada como uma ligação firmada entre o paciente e equipe de saúde, onde o tratamento é seguido e compreendido em toda a sua amplitude, isto é, se refere a comportamento do usuário no seguimento da prescrição médica quanto à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, ao tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. (CARDOSO; ARRUDA, 2004). A não adesão pode ser relacionada: ao paciente, à doença, às unidades de saúde e ao serviço de apoio social. Na discussão entre adesão e não adesão aos ARV é preciso destacar

a cronicidade da doença, a dificuldade de cura, o uso rotineiro de medicação e a qualidade de vida. (CARDOSO; ARRUDA, 2004; SILVA; WAIMAN; MARCON, 2009).

Para Brambatti (2007), a não adesão é um fator independente com várias vertentes, presente principalmente nos quadros crônicos, onde o tratamento pode se estender a médio e longo prazos. Em contrapartida, a adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008).

Silva (2013) afirma que aderir à TARV é aceitar todos os benefícios e dificuldades que acompanham esse processo. Pode abranger três momentos fundamentais: concordância, aderência e manutenção. E cada etapa vencida e a forma como ela foi alcançada é ponto essencial para o próximo estágio.

Seidl e colaboradores (2007, p. 152) referem adesão aos cuidados como: “compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado”. Por sua vez, Silva (2013) esclarece que adesão é um tipo de fenômeno que está relacionado a vivência de cada paciente durante o período de tratamento e que pode se apresentar em níveis diferenciados ao longo do mesmo, não seguindo uma linha reta, não se relacionando ao ser individual, isto é, não sendo considerado um atributo específico e, sim, uma condição de se estar aderindo pelo fator adoecimento. Assim, é preciso estar claro que adesão é um procedimento dinâmico, ligado a vários fatores onde todos os atores envolvidos nesse processo devem se sentir responsáveis pelo seu sucesso ou fracasso.

Para o MS (Brasil, 2013) e Santos e Seidl (2011), o termo adesão a um medicamento abrange a ingestão da droga de acordo com a prescrição, prática de exames e consultas segundo as solicitações médicas, acompanhamento clínico laboratorial, abarcando o melhoramento físico dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS, união com a equipe que presta os cuidados, promovendo acesso à informação, adaptação aos hábitos, trocando ideias para tomada de decisões em relação à saúde. Na avaliação da adesão, alguns fatores são considerados: 1) presença na consulta agendada; 2) realização de exames oportunamente; 3) retirada dos medicamentos no dia agendado; 4) ingestão do medicamento na dose e hora

prescritas; 5) disciplina no uso do medicamento (não parar de tomar antes do tempo certo) e 6) não mudar a dose por conta própria.

Um estudo realizado no Distrito Federal mostrou que 72,3% dos participantes relataram níveis de adesão aos ARV igual ou superior a 95%, e 27,7% referiram adesão insuficiente. Alguns motivos relacionados à interrupção do tratamento pelo paciente foram identificados: 1) relatos de transtornos psiquiátricos; 2) uso excessivo de drogas ilícitas; 3) baixo nível instrucional e 4) início da terapia com ARV após internação hospitalar (SANTOS; SEIDL, 2011).

Para o ser humano, ainda é difícil conviver com o diagnóstico positivo para HIV/AIDS, principalmente quando existe a falta de apoio de indivíduos que fazem parte do elo familiar e do cuidado inadequado da equipe de saúde que assiste, dificultando a adesão do paciente. (BRASIL, 2007).

Outros autores sugeriram certos fatores limitativos ou impeditivos da adesão: 1) motivos relacionados às especificidades do ser humano, da doença e do tratamento; 2) vínculo entre os cuidadores e o ser cuidado; 3) inserção na sociedade; 4) distância entre a unidade de saúde e a moradia do paciente; 5) salário; 6) falta de médicos e 7) distância entre as consultas. (GIR; VAICHULONI; OLIVEIRA, 2005; SANTOS, 2015).

Alguns fatores que interferem na aderência ao tratamento são: 1) dosagens incompatíveis com as atividades rotineiras; 2) grande quantidade de drogas; 3) interações medicamentosas; 4) restrição alimentar; 5) desmotivação; 6) percepções do usuário e família; 7) nível de interesse em relação à terapia e doença; 8) falta de conhecimento; 9) dificuldade de compreensão da prescrição medicamentosa; 10) presença de sequelas; 11) renda financeira limitada; 12) sinais de alteração emocional e outros. (BRASIL, 2008; SANTOS, 2015).

Outros fatores citados por Silva (2013) são: ansiedade, estados depressivos, condições de moradia, estigma, negação do estado de adoecimento, falha da memória e falta de compreensão dos acréscimos do tratamento e da mudança de vida. Oshikata (2010) também complementa: 1) medo; 2) tipo de acompanhamento médico; 3) forma como o paciente pode ser exposto à sociedade; 4) temor de discriminação; 5) receio a retaliações; 6) sentimento de culpa; 7) dificuldade de acesso ao sistema de saúde; 8) recordações tristes; 9) tempo de espera para atendimento; 10) poucas informações ou até inadequadas; 11) falta de

disponibilidade para realização de exames; 12) deficiência de protocolos; 13) profissionais não qualificados.

É impossível prever adesão do paciente levando em consideração a sua personalidade ou o seu comportamento, pois geralmente é descrita por curvas sinuosas de elevações e quedas, caracterizando que essa questão é uma condição vivenciada no presente momento do usuário, isto é, naquele momento encontra-se aderido ao tratamento e em outro não. O uso de bebidas alcoólicas impossibilita à adesão, pois é de conhecimento cultural da sociedade que não se pode misturar álcool com medicamentos e, normalmente, o usuário deixa de tomar a droga nos finais de semana para fazer uso da bebida. (BRASIL, 2008).

A compreensão insuficiente sobre o uso correto dos medicamentos e a falta de informação sobre os riscos advindos do não cumprimento da terapia prescrita são aspectos que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento. Por isso, fornecer orientação e informação aos pacientes sobre os seus medicamentos é um princípio essencial da farmacoterapia racional que busca assegurar sua adequada utilização. Existem na literatura poucas pesquisas enfocando aspectos relativos à informação obtida pelos pacientes sobre os medicamentos prescritos e sua percepção dessas informações, sendo ainda mais raros aqueles referentes à TARV. (COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO, 2008).

Alguns pontos a serem discutidos que podem facilitar a adesão são:

1) o usuário precisa saber sobre a doença em todas as suas fases, demonstrando como ela ataca o organismo e como pode ser combatida, além da terapia disponível e todos os subsídios sobre essas drogas, efeitos e reações;

2) o paciente necessita ter acesso às informações sobre seu estado atual e quais as condutas daquele momento em diante;

3) explicações sobre os exames, detalhando-se seus significados e ensinando ao usuário fazer a leitura dos seus próprios resultados e compreender a necessidade de realizá-los em períodos regulares;

4) momentos pedagógicos e educativos fazem parte da atuação de todos os profissionais de saúde;

5) a equipe de saúde deve conversar com o paciente utilizando palavras compatíveis com a compreensão do mesmo, facilitando o diálogo;

6) utilização de material escrito, figuras, desenhos, gráficos e vídeos, os quais são métodos estratégicos e facilitadores da compreensão;

7) os fármacos de uso devem ser esclarecidos quanto aos horários, quantidade de comprimidos/cápsulas que devem ser ingeridos em cada dose, utilizando até mesmo uma tabela para facilitar a checagem da dose tomada e os outros horários e

8) esquemas mais simples com dose única, fixa, 1 comprimido. (BRASIL, 2008; SANTOS, 2015).

Santos (2015) relata em sua tese sobre o tema em discussão que os profissionais de saúde precisam compreender que a adesão deve ser percebida como um processo de pactuação com compartilhamento de decisões junto ao paciente, objetivando adaptar a prescrição à vida cotidiana, considerando todos os eventos inseridos. O paciente precisa estar satisfeito com o atendimento e acompanhamento que recebe, sentindo-se seguro e amparado. Além disso, a maneira como é feita a abordagem e articulação dos inúmeros suportes necessários promove uma melhor adesão.

A articulação dos serviços de saúde ofertados ao paciente em TARV necessita de maior empenho no gerenciamento, principalmente junto às equipes e aos processos de trabalho, envolvendo nessa cadeia assistencial os gestores, profissionais, usuários, famílias, comunidades e seus representantes, de forma que se permitam discussões sobre os diversos pontos positivos e negativos que facilitam a adesão do paciente e que possam ser favoráveis à sua qualidade de vida. (CARVALHO, 2014).

Uma das principais situações em discussão em relação à AIDS relaciona-se ao paciente e o seu tratamento, o qual, seguido corretamente, oferece uma melhor qualidade de vida clinicamente. Atualmente, a literatura internacional recomenda o mínimo de 95% de ingestão dos medicamentos prescritos para assegurar inibição adequada da replicação viral. (CARVALHO; HAMANN; MATSUSHITA, 2007).

Quando o usuário não segue as orientações prescritas no tratamento, acontece perda da efetividade da terapia, com consequência do desenvolvimento de vírus resistente. Estudos publicados no Brasil citaram que entre 30 e 50% dos pacientes faziam uso de menos de 80% da dose prescrita. Algumas causas foram identificadas nas pessoas como justificativa para a falta de adesão: depressão, estresse emocional, uso excessivo de bebida alcoólica, uso de drogas e mal-estar relacionado a efeitos adversos dos fármacos. Foi verificado também que o serviço de saúde que desenvolvia suas ações de forma organizada favoreceu maior adesão

dos pacientes pelo suporte social e pela compreensão das vantagens e desvantagens do uso das medicações. (LEITE et al., 2002).

Santos (2015) comenta que, com a evolução da droga, a comparação entre adesão, redução da carga viral e resistência à TARV se modifica ao longo do tempo, de acordo com o esquema medicamentoso seguido. No esquema mais completo, se o paciente aderir parcialmente ou totalmente pode ocorrer a redução da quantidade de vírus circulante no organismo. No entanto, descuido com os horários de tomada do medicamento e longos atrasos também influenciam no resultado virológico e na avaliação do tratamento, resultando pouca melhora no quadro clínico.

Nos dias atuais, a modificação de esquemas tornando-os mais simples, com dose única de um comprimido ao dia e maior tolerância em relação aos efeitos colaterais, tem contribuído para uma maior adesão aos cuidados.

### **1.9 Modelos de estudo, monitoramento e avaliação da adesão**

A adesão aos cuidados é um tema de estudo associado a outros dentro da Psicologia. Entre eles, destaca-se a abordagem cognitivo-comportamental que discorre sobre: percepção de controle, otimismo, autoeficácia, habilidades de enfrentamento do estresse, crenças de saúde e atitudes relacionadas à doença e ao tratamento e comportamentos. A parte educativa desse modelo tem sido beneficiável ao desenvolvimento de habilidades por parte dos pacientes crônicos em relação ao contato diário ao longo do tempo. Ele propõe atitudes estratégicas com objetivo de aperfeiçoar o processo de escolhas e de maior autocontrole sobre a condição de saúde, a saber:

O desenvolvimento de habilidades relacionais, a administração do estilo de vida, a redução do estresse e o fortalecimento de habilidades para resolução de problemas, como estratégias para melhorar a capacidade de realização das escolhas e maior autocontrole sobre a condição de saúde. (FAUSTINO; SEIDL, 2010, p. 121).

Segundo Santos (2015), o monitoramento individual do paciente é estritamente importante para esclarecimento e direcionamento no manejo clínico da doença e da TARV, fortalecendo assim a manutenção da adesão já alcançada. Além disso, dentro do possível, é muito importante assegurar a inserção do paciente em grupo de apoio para facilitar aproximação e assistência com a equipe de saúde. Tem-se percebido que a participação dos pacientes em ações conjuntas

desenvolvidas em grupo beneficia o monitoramento, permitindo que: 1) o profissional perceba ausência ou redução da adesão; 2) os participantes possam elaborar atividades de interesse mútuo para aprendizagem e promoção da saúde e avaliar em grupo as medidas adotadas pela equipe em relação adesão. (SANTOS, 2015).

Outros estudos referem que o trabalho em equipe com participação efetiva dos membros descrevendo os pensamentos, analisando as vantagens e desvantagens, fazendo o registro e o monitoramento de todos os momentos são ações facilitadoras para resolução de problemas de saúde, incluindo a procura por informações relevantes e adesão às prescrições do tratamento. (FAUSTINO; SEIDL, 2010).

Carvalho (2014) fortalece as orientações acima afirmando que estratégias de gestão com práticas participativas entre o gerente, profissionais e usuários discutindo as questões alistadas à adesão (falhas na instituição, oferta de insumos, assistência ofertada, horários e dias disponibilizados) podem fazer toda a diferença e constituir melhoria na qualidade do serviço. A confirmação desse tipo de reunião para discussão dos casos mais complexos e a implementação de novas ideias admitem a seleção de ações prioritárias.

Figueiredo e colaboradores (2001) aconselham métodos que podem verificar a porcentagem de adesão do paciente à terapêutica. Um deles é a quantificação dos níveis séricos do medicamento, sendo somente avaliado quando for recente a última dose, devido aos fármacos possuírem meia vida curta. Outra sugestão é a aplicação de um questionário de perguntas específicas junto ao paciente.

Para Gil e colaboradores (2005), esse monitoramento é mais complexo porque, apesar dos métodos de monitoração eletrônica dos frascos, dosagem da concentração sérica dos fármacos, avaliação empírica da equipe de saúde, o resultado não é completamente aceitável. Os autores recomendam agregação de mais de uma técnica em conjunto que, ao serem realizadas de forma correta, são excelentes ferramentas para avaliar a adesão.

Brito, Szwarcwald e Castilho (2006) afirmam que a não adesão aos cuidados com a saúde é uma questão universal, presente nos países não desenvolvidos e desenvolvidos, não se relacionando à classe social, à raça, à etnia e ao grau de escolaridade. Um método encontrado na literatura avalia adesão por meio de ponte de coorte do uso correto de pelo menos 80% das doses prescritas, mas também não são 100% garantidos. A estratégia de aferição do grau de adesão utilizando os

relatos dos pacientes pode ser superestimada porque parte dos usuários não informa corretamente sobre as drogas ingeridas.

Os marcadores biológicos dos vírus e as dosagens de metabólitos das drogas são os critérios mais fidedignos para aferir a adesão, mas nem sempre estão disponíveis. Entendendo-se que não existe padrão metodológico para se fazer comparação dos resultados de muitos métodos, é necessário que seja feita a avaliação à luz do procedimento que esteja sendo utilizado. (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006).

Colombrini, Lopes e Figueiredo (2006) registram em sua pesquisa que a questão da não adesão aos fármacos ARV é muito preocupante e um fator de risco para a efetividade da terapia e disseminação de vírus resistente na sociedade. Tal registro foi justificado devido aos novos medicamentos exigirem do paciente uma integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação.

De acordo com Gomes e seus cooperadores (2009), medir adesão baseada nos relatórios farmacêuticos de dispensação dos fármacos pode ser um indicador válido e confiável. Além disso, permite o acompanhamento da quantidade e dos pacientes que iniciaram terapia e que retornam mensalmente para retirar os medicamentos, possibilitando verificar a situação de cada um, as ocorrências de adversidades e as interrupções de tratamento.

Mesmo os profissionais aceitando que existe necessidade de monitoramento do entendimento do usuário em relação à prescrição médica, há ainda opiniões contrárias. Os autores informam fazer esse acompanhamento por meio do cálculo de escores, colocando pontos nas respostas positivas no teste de conhecimento, avaliando os níveis de classificação. (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2008).

Outro modelo descrito associa alguns indicadores do nível de compreensão do tratamento, de forma a estimar uma característica denominada de traço latente, representado por variáveis que demonstram o tratamento (nome do medicamento, dose, precauções, frequência de administração, reações adversas e alimentação). Esse método é vantajoso por não ser arbitrário, e possibilita estimar os dados até dos pacientes que não dispõem de informação sobre todos os itens investigados, além de permitir fazer comparação entre as informações dos diferentes grupos avaliados e dos testes realizados. (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2008).

A adesão do paciente à TARV precisa ser monitorada clinicamente e cientificamente. O monitoramento clínico identifica os usuários que não aderiram ao

tratamento. E o científico, através da análise estatística de dados, permite a visualização da porcentagem de prevalência dessa não adesão. A percepção dos motivos presentes que dificultam a terapia correta pode permitir intervenções que evitem a resistência viral. (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Lopes (2012) esclarece que a variedade de ofertas disponíveis de métodos de avaliação da adesão dificulta a escolha do melhor e mais eficiente e pode, ainda, provocar aversão nos resultados obtidos. Silva (2013) confirma que, apesar da diversidade de métodos para realizar o monitoramento da adesão, nenhum representa padrão ouro para designar o verdadeiro grau de adesão.

Os métodos conhecidos de monitoramento podem ser divididos em diretos e indiretos. Os indiretos são: relato, monitoramento eletrônico de medicamentos (MEMS – *electronic medication monitoring systems*), contagem de comprimidos e os registros de saída de fármacos da farmácia. Os diretos são: detecção dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue. (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Para Lopes (2012), o único método direto pronto para avaliar adesão é verificar o nível de agrupamento de cada medicamento da TARV no sangue e na urina. Esse é um método vantajoso por permitir a identificação de toxina, no entanto, é considerado agressivo, sendo muito utilizado em áreas de vulnerabilidade.

Soares (2013) complementa referindo que nos métodos indiretos ainda podem ser utilizadas perguntas em forma de questionário, que são fáceis, simples e de pouco custo, mas não muito confiáveis. O método de MEMS é considerado frágil, com custo elevado e que não permite monitoramento em medicamentos de fórmula líquida. A técnica de contagem de pílulas é barata e prática.

Santos e Seidl (2011) identificaram motivos que facilitaram e dificultaram a adesão aos ARV e entenderam que a observação direta e as ações educativas são essenciais para modificar as informações. Em 26,2% o uso de algumas drogas ingeridas no mesmo horário e em 16% a probabilidade da medicação ter que ser ingerida juntamente com outras rotinas diárias. Em relação às queixas: 40% reclamaram do gosto do remédio, do tamanho, do odor e do número por dia; depois 14,4% criticaram os efeitos colaterais; outros 13,7% comentaram a parte sentimental e as alterações de humor.

Carvalho (2014) relatou momentos de monitoramento e avaliação da TARV no período de consulta médica. Os dados coletados pontuam: investigação da

dificuldade no uso da medicação em 90,3% dos casos; orientações minuciosas sobre a droga em 53,4% e de forma resumida em 67,2%; direcionamento do paciente para outro profissional em 58%. Geralmente essas orientações são feitas pelo enfermeiro em 63,9% dos casos e em outros pequenos episódios pelo farmacêutico 37%. E na identificação das situações que impedem a melhora da adesão, algumas ações são realizadas: encurtamento do prazo para o retorno; reforço do esclarecimento sobre a importância do tratamento; encaminhamento para acompanhamento com outro profissional; alteração do esquema medicamentoso.

Salles (2011) informa que compreender a metodologia da adesão à TARV é complexa diante da diversidade de técnicas de monitoramento e de avaliação existentes. Assim, o método do autorrelato é essencial para esse autor, apesar de ser limitado por se relacionar diretamente com o paciente, com o profissional e com a doença.

O gerente da unidade de saúde onde o paciente recebe a TARV precisa estar envolvido diretamente com as equipes, com os pacientes, com as ações realizadas com os grupos de adesão, isto é, precisa estar ciente de todas as atividades e atitudes tomadas pela sua equipe de trabalho. Isso porque ele é responsável pela organização da atenção e do cuidado prestado ao paciente e o resultado do seu trabalho fica evidente na satisfação ou não do cliente. A maneira de estabelecer a ordem dos serviços prestados está ligada à capacidade de perceber a relação entre o cuidado dispensado e a adesão, e o grau de compreensão e mobilização dos profissionais acerca do problema da adesão. (CARVALHO; HAMANN; MATSUSHITA, 2014). Santos e Seidl (2011) destacam que equipe de saúde deve ter conhecimento de todos os fatores que interferem na adesão e que esses devem ser trabalhados constantemente e com repetição, lembrando da particularidade de cada paciente.

A tabela 2 demonstra descritivamente todos os métodos de monitoramento indireto da adesão do paciente, detalhando suas vantagens e desvantagens.

**Tabela 2 – Métodos de Monitoramento Indireto.**

<b>Método</b>	<b>Vantagem</b>	<b>Desvantagem</b>
Autorrelato	Proporciona escuta e discussão acerca dos motivos e dificuldades relativos às doses perdidas. Permite que o paciente verbalize de modo franco e fidedigno sobre temas relativos ao seu tratamento.	Apresenta vários desafios, uma vez que existem diferenças entre os métodos para aferição da adesão a partir de autorrelato. Tendência de os pacientes superestimarem a adesão, com receio de decepcionarem ou desagradarem os profissionais de saúde.
Monitoramento eletrônico dos medicamentos (MEM)	Mede a adesão em várias doenças. Verifica o intervalo entre as doses, além do número de vezes que o frasco foi aberto e o medicamento ingerido. Cria o hábito de gerenciar a abertura do frasco. É utilizado em pesquisas que recebem financiamento de agências de fomento.	Garante que o medicamento retirado seja ingerido. Demora na transferência dos dados para o computador. Custo elevado de cada frasco.
Contagem de pílulas	É utilizado em pesquisas.	É ineficaz se o paciente não se sentir bem acolhido ou não tiver uma boa relação com a equipe de saúde a ponto de relatar suas dificuldades com o tratamento.
Registro de farmácia de dispensação de ponto	É utilizado em pesquisas.	Não é referido na literatura.
Monitoramento dos níveis de medicamentos ARV	Corresponde a medida direta e objetiva de adesão aos medicamentos que pode ser usada tanto na clínica quanto em pesquisas.	O exame de sangue só é capaz de refletir a ingestão do medicamento nas últimas 24 horas. Os resultados podem variar devido a fatores como a interação com outros medicamentos ou com determinados alimentos. Custo elevado.

Fonte: BRASIL (2007; 2008); POLEJACK; SEIDL (2010).

De acordo com as considerações de Santos (2015), todas as ações estratégicas sugeridas para garantir o melhor nível de adesão do paciente precisam ser combinadas anteriormente com o paciente, a depender também com o grupo e, em certos casos, até com os familiares que são peças fundamentais no apoio para alcance do nível de adesão satisfatório.

Alguns grupos de pacientes necessitam de monitoramento mais próximo da equipe de saúde: pacientes iniciando à TARV ou mudando de medicamento; em uso de drogas ilícitas ou álcool; com doença mental; gestantes; moradores de rua e aqueles considerados vulneráveis à infecção pelo vírus (SANTOS, 2015).

### **1.10 Efeitos colaterais e redes de serviços de atenção básica**

O tratamento com ARV proporcionou melhores condições de vida para os portadores de HIV/AIDS. Porém, estudos descrevem a necessidade de

acompanhamento dos efeitos colaterais produzidos pelos inibidores, entre eles: 1) lipodistrofia, 2) doenças cardiovasculares, 3) dislipidemia, 4) hiperglicemia. (COSTA, 2008).

Furtado, Zambrini e Silva (2009) afirmam que, nos últimos anos, foram observadas muitas anormalidades metabólicas relacionadas à TARV. O primeiro relato foi em 1998, com uso da terapia altamente potente denominada de lipodistrofia e lipoatrofia, que é a síndrome descrita pelo acúmulo de gordura na região dorso cervical, com aumento da circunferência abdominal e do tamanho das mamas, além de lipoatrofia (perda de gordura) da região da face, glúteos e de membros superiores e inferiores ocasionando a evidência de suas veias e elevando o risco cardiovascular.

Dados oficiais do MS (BRASIL, 2008) complementam as informações, acrescentando que a lipodistrofia e a lipoatrofia podem ocorrer juntas ou isoladas, originando um novo estigma em relação à doença, pois facilita a descoberta da condição de soro positividade por terceiros e impactam na autoimagem e na sexualidade do usuário, influenciando na qualidade da adesão e tendendo a levar ao abandono do tratamento.

As alterações metabólicas são: 1) resistência ao uso da insulina; 2) hiperlipidemias; 3) lipoatrofia nas regiões periféricas e acúmulo de gordura na região central; 4) osteopenia (diminuição da densidade dos ossos por redução do número de osteoblastos); 5) osteonecrose (necrose óssea); 6) osteoporose (redução da massa óssea por unidade de volume). Está claro que com tantas alterações a qualidade de vida do paciente em uso de TARV é restrita, além de estar constantemente sendo manifestada por queixas de abdômen distendido e refluxo gastroesofágico em razão da gordura acumulada, originando distúrbios do sono, dores lombares, ansiedade e depressão. (FURTADO; ZAMBRINI; SILVA, 2009).

Essas alterações podem estar associadas e serem um risco para o surgimento de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, insinuando tratamentos complexos com probabilidades de eventos adversos e interações, cobrando do paciente modificação na rotina e no estilo de vida. (BRASIL, 2008).

Alguns fármacos ARV (exemplo: Efavirenz) podem ocasionar alterações neuropsiquiátricas:

Agitação, alucinações, amnésia, ansiedade, confusão mental, convulsões, depressão, despersonalização, dificuldade de

concentração, ideias suicidas, irritabilidade, insônia, pesadelos, sonhos vívidos e torpor, particularmente quando há uso concomitante de álcool, drogas recreacionais ou outras substâncias psicoativas. Essas alterações tendem a dificultar a adesão. (BRASIL, 2008, p. 78).

Os fármacos ARV podem provocar quadro clínico gastrointestinal: náuseas, vômitos, azia, dificuldade de digestão, diarreia, constipação intestinal, flatulência, alteração do paladar, infecções oportunistas na cavidade oral, dificuldades na deglutição. Os pacientes em uso de TARV devem ser orientados sobre a probabilidade da manifestação desses efeitos, além de manejo e prevenção dos mesmos. (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os tipos de droga e as interações com os ARV são: 1) álcool: causa toxicidade hepática e aumenta os efeitos adversos; 2) anfetaminas: no caso do uso do Ritonavir pode aumentar os efeitos característicos da droga; 3) cocaína e derivados, crack e merla: não existe interação; 4) barbitúricos: provoca diminuição dos níveis dos inibidores de protease (IP) e dos não-análogos de nucleosídeos; 5) heroína, morfina e metadona: causa redução das concentrações dos IP ao uso de Ritonavir e Nelfinavir, as interações não são significativas; 6) ecstasy (metanfetamina): as interações são perigosas e fatais, pela elevação da concentração no sangue com conseqüente aumento do efeito da droga, ao uso de Ritonavir.

O Distrito Federal (DF) tem Centros de Referência em HIV/AIDS nas seguintes unidades de saúde: Hospital Regional de Ceilândia; Centro de Saúde nº 01 de Planaltina; Centro de Saúde nº 01 de Sobradinho; Centro de Saúde nº 02 do Guará; Centro de Saúde nº 05 do Gama; Centro de Saúde nº 11 de Brasília; Hospital Universitário de Brasília – HUB; Unidade Mista; Hospital Dia da Asa Sul; Unidade Mista Taguatinga; Ambulatório de HIV/AIDS e HV de Samambaia e Ambulatório de HIV/AIDS e HV de Paranoá.

Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecimento sobre o tema “adesão” e de todos os pontos relacionados para que a equipe de saúde seja capaz de elaborar estratégias mais intervencionistas que possam apresentar resultados mais favoráveis junto ao paciente. Entende-se ser de extrema relevância que o mesmo faça uso de forma correta da TARV no tratamento para HIV/AIDS.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, ao identificarem, compreenderem e analisarem os motivos que levam os pacientes a não aderirem à terapia ou que

dificultam a adesão, serão capazes de assistirem o paciente de forma mais humanizada e eficiente, podendo propor planos terapêuticos que possam melhorar essa adesão.

Após o levantamento bibliográfico realizado até o presente momento, apresenta-se no próximo capítulo a pesquisa empírica realizada como complementação da investigação proposta nesta dissertação.

## **2 A PESQUISA**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a adesão terapêutica em pacientes submetidos à TARV no Distrito Federal.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar os fatores facilitadores e que dificultam a adesão à TARV.
- Comparar a adesão à TARV em função de idade, sexo, escolaridade e tempo de tratamento.

### **2.3 Método**

#### **2.3.1 Participantes**

A amostra de conveniência da pesquisa foram os 99 pacientes em tratamento com antirretrovirais e acompanhamento de HIV/AIDS em duas unidades de saúde públicas do Plano Piloto, Brasília, Distrito Federal, escolhidas para a realização da pesquisa. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: idade igual e acima de 18 anos, sorologia positiva para HIV, estar em tratamento ininterrupto e regular com antirretroviral há pelo menos seis meses, ter sido acompanhado em consultas clínicas agendadas no período da pesquisa, ter feito no mínimo duas consultas clínicas, ter capacidade de compreensão e em condições de colaborar respondendo às perguntas. Seriam excluídos os indivíduos com distúrbios psiquiátricos, gestantes e com deficiências na área de comunicação que impedissem de responderem o questionário, porém nenhum participante precisou ser excluído segundo estes critérios. A Tabela 3 apresenta as características dos participantes.

**Tabela 3 - Características dos participantes.**

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Idade (média 42,09; DP 11,63)</b>		
18 a 25	11	11%
26 a 30	6	6%
31 a 35	15	15%
36 a 40	10	10%
41 a 45	17	17%
46 a 50	16	16%
51 a 55	10	10%
56 a 60	6	6%
61 a 66	8	8%
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	10,1
Masculino	89	89,9
<b>Grau de instrução</b>		
Ensino fundamental	39	39,4
Ensino Médio	27	27,3
Ensino Superior	33	33,3
<b>Tempo de tratamento em anos (média 7,55; DP 5,97)</b>		
0 a 5 anos	47	47,5
6 a 10 anos	28	28,3
11 a 15 anos	11	11,1
16 a 20 anos	11	11,1
21 a 25 anos	2	2,0

Fonte: Própria.

### **2.3.2 Local**

Os locais selecionados para aplicação da pesquisa foram duas unidades de saúde públicas do Plano Piloto, Brasília, Distrito Federal. Ambas atendem o paciente segundo as diretrizes do Ministério da Saúde em relação ao Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatite Virais e as equipes que compõem essas unidades são multiprofissionais. As unidades foram selecionadas por trabalharem com pacientes que são o foco da pesquisa e porque poderão ser beneficiadas com os resultados obtidos.

### **2.3.3 Instrumentos**

Neste estudo, foram utilizados dois questionários: (a) um questionário exploratório semiestruturado, com intuito de compreender vivências ao diagnóstico e relações atuais com as prescrições terapêuticas; e (b) Questionário para a avaliação da adesão aos cuidados antirretroviral – CEAT-HIV (REMOR, MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007). A seguir, cada questionário será caracterizado.

### 2.3.3.1 *Questionário semiestruturado*

O questionário semiestruturado foi realizado por meio de quatro perguntas objetivas feitas aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa:

- 1) Como se sentiu ao receber o diagnóstico?
- 2) O que o uso da TARV influencia na sua vida?
- 3) Como você se sente no horário de tomar a medicação?
- 4) O que faz nas horas de lazer?

### 2.3.3.2 *Questionário CEAT-VIH*

Este instrumento foi derivado do original *Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* CEAT-VIH online (Questionário para a avaliação da adesão aos cuidados antirretroviral – CEAT-HIV). (REMOR, MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007). O emprego do questionário na presente pesquisa foi autorizada pelos autores. Esse instrumento obteve sucesso ao ser utilizado no Brasil após tradução e validação pelo centro especializado em atendimento de pacientes infectados pelo HIV/AIDS em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, onde os resultados finais apresentaram boa confiabilidade, alta sensibilidade e média especificidade. (REMOR; MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

No CEAT-VIH, a pontuação total resulta da soma dos 20 itens de acordo com a codificação atribuída a cada um dos itens. Essa permite identificar um índice global de adesão aos cuidados antirretroviral, situado entre 17 e 89 pontos, que sugere a seguinte classificação: adesão baixa/insuficiente ( $\leq 74$  pontos), adesão insuficiente/regular (entre 75 e 79 pontos) e adesão estrita ( $\geq 80$  pontos). (REMOR; MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

### **2.3.4 Cuidados éticos**

A realização da pesquisa seguiu a Resolução nº466/2012, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, tendo sido aprovado em 05/07/2016, parecer número 1.621.560, anexo A.

A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enfatizando participação voluntária na pesquisa e a liberdade de sua saída a qualquer momento,

foi realizada conjuntamente com os participantes, com o intuito de garantir a privacidade e autonomia da amostra.

### **2.3.5 Procedimentos**

Este estudo quantitativo, de corte transversal descritivo, exploratório, por amostra de conveniência, foi implementado no momento de espera dos participantes para consultas médicas entre os meses abril a maio de 2016, nas unidades de saúde escolhidas. Os participantes foram convidados a participar enquanto aguardavam a consulta médica e não houve recusas à participação. A partir do aceite, cada participante foi então encaminhado para um consultório nas unidades de saúde, onde após explicação dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do TCLE, puderam responder aos questionários. Como forma de escolha aleatória da amostra, a cada 5 questionários CEAT-VIH e 5 questionários sóciodemográficos respondidos, foi aplicado um questionário semiestruturado.

### **2.3.6 Análises de Dados**

As informações obtidas no questionário foram revisadas e lançadas em uma planilha no programa Excel. A análise estatística foi constituída por análise descritiva, por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas, e também inferencial. A normalidade de cada um dos testes de hipóteses foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, optando-se pelo uso de testes paramétricos ou não-paramétricos em função dos valores para cada teste. Sendo assim, as relações entre a idade e adesão foram analisadas pelo teste de Correlação de Spearman, o teste de Qui-Quadrado foi empregado para verificar associações entre adesão (variável dependente) e as respostas dos questionários. Possíveis diferenças na adesão aos cuidados entre sexo e tempo de tratamento foram analisadas pelo teste U de Mann-Whitney. As interações na adesão aos cuidados entre os diferentes graus de instrução foram analisadas pelo teste de Kruskal-Wallis. Todas as análises foram realizadas no *software* estatístico SPSS versão 21.0 e se adotou  $p \leq 0,05$  como nível de significância.

## 2.4 Resultados

Nesta seção, serão apresentados dados inferenciais sobre características sociodemográficas e escores de adesão, resultados descritivos obtidos nos questionários utilizados e associações entre itens do CEAT-VIH e escores de adesão. A Tabela 4 mostra a distribuição nos escores de adesão aos cuidados.

**Tabela 4 - Distribuição segundo a categorização do escore de adesão, questionário CEAT-VIH, Distrito Federal (2016).**

<b>Escore de adesão</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Adesão baixa/insuficiente	33	33,3
Adesão insuficiente/regular	52	52,5
Adesão estrita	14	14,1

Fonte: Própria.

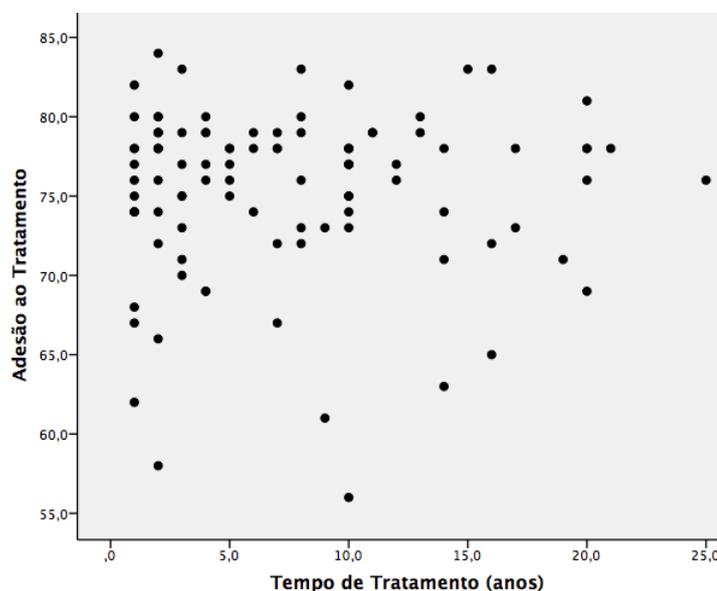
Na amostra analisada, 33 participantes apresentaram baixa/insuficiente adesão ao tratamento, 52 apresentaram adesão insuficiente/regular, enquanto 14 revelaram adesão estrita ao tratamento. Estes dados sugerem que, de acordo com os pressupostos do CEAT-HIV, a maior parte da amostra (85%) indicou adesão entre baixa e regular, ou, ainda, insatisfatória aos autocuidados prescritos.

A comparação entre dados sociodemográficos e escores de adesão mostrou resultados sem diferença estatisticamente significativa: correlação de *Spearman* entre idade e escores de adesão obteve direção negativa e fraca ( $\rho = -0,03$ ;  $p=0,71$ ), sugerindo que a idade não seria um fator que influencia a adesão. Importante destacar que a elevada média de idade na amostra (42,09 anos, com desvio-padrão elevado correspondente a 11,63 anos), associada à ausência de relação entre idade e tempo de tratamento ( $X^2 = 0,81$ ;  $p=0,66$ ), sugere o caráter crônico do tratamento em HIV/AIDS, que se prolonga por décadas e apresenta desafios relacionados à adesão por longo período de tempo.

Houve associação marginalmente significativa entre escores de adesão e grau de instrução ( $X^2 = 5,43$ ;  $p=0,06$ ): participantes com escolaridade fundamental (média=76,51; DP=4,01) e ensino superior (média=76,12; DP=4,21) indicaram escores de adesão ligeiramente melhores quando comparados ao grupo com ensino médio (média=72,78; DP=7,14). Porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres na pontuação do questionário de adesão ao tratamento (H:75,26  $\pm$  5,53 vs. M: 76,30  $\pm$  2,54; U=439;  $p = 0,94$ ). Dado semelhante

foi obtido em relação a associações entre adesão e tempo de tratamento ( $\chi^2 = 1,14$ ;  $p=0,88$ ). A Figura 1 apresentada a seguir mostra dados interessantes.

**Figura 1- Correlação entre o tempo de tratamento e adesão terapêutica ao tratamento.**



Fonte: Autor, 2017.

A inspeção visual da Figura 1 corrobora a ausência de associação entre tempo de tratamento e adesão: os casos que indicaram adesão baixa e/ou insatisfatória correspondem a dados dispersos ao longo do tempo de tratamento.

Em relação aos dados específicos do questionário CEAT-HIV, os resultados serão expostos em diversas tabelas a seguir, no intuito de facilitar a apresentação dos dados por cada item do instrumento. A Tabela 5 descreve as respostas ao questionário CEAT-VIH relacionadas aos itens 1 até 7.

Tabela 5 - Respostas ao questionário CEAT-HIV, Distrito Federal (2016), itens 1 a 7.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>1. Deixou de tomar medicação alguma vez?</b>		
Sempre	2	2
Mais da metade das vezes	6	6,1
Aproximadamente metade das vezes	1	1
Alguma vez	47	47,5
Nenhuma vez	43	43,4
<b>2. Se alguma vez se sentiu melhor, deixou de tomar sua medicação?</b>		
Sempre	2	2,0
Mais da metade das vezes	0	0,0
Aproximadamente metade das vezes	1	1,0
Alguma vez	11	11,1
Nenhuma vez	85	85,9
<b>3. Se alguma vez, depois de tomar a medicação, sentiu-se pior, deixou de tomá-la?</b>		
Sempre	2	2,0
Mais da metade das vezes	0	0,0
Aproximadamente metade das vezes	1	1,0
Alguma vez	9	9,1
Nenhuma vez	87	87,9
<b>4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?</b>		
Sempre	1	1,0
Mais da metade das vezes	0	0,0
Aproximadamente metade das vezes	0	0,0
Alguma vez	3	3,0
Nenhuma vez	95	96,0
<b>5. Lembra-se que remédios está tomando neste momento?</b>		
Não	48	48,5
Sim	51	51,5
<b>6. Como é a relação que mantém com seu médico?</b>		
Ruim	0	0,0
Um pouco ruim	1	1,0
Regular	3	3,0
Pode melhorar	8	8,1
Boa	87	87,9
<b>7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?</b>		
Nada	1	1,0
Pouco	0	0,0
Regular	4	4,0
Bastante	26	26,3
Muito	68	68,7

Fonte: Própria.

Alguns dados da Tabela 5 devem ser destacados. Boa parte dos participantes indica que não deixou de tomar a medicação nenhuma vez, sugerindo adesão plena aos autocuidados relacionados à medicação. Por outro lado, a maioria dos participantes (56) admite ter deixado de tomar a medicação alguma vez até sempre. Estes dados destacam o caráter dinâmico e processual do comportamento de

adesão aos cuidados, com variações importantes no seguimento das prescrições. Este elemento é corroborado pelas respostas indicadas nos itens 2, 3 e 4, que sugerem a princípio que as regras para adesão podem ser mais preponderantes, por vezes, do que os sintomas e efeitos colaterais vivenciados.

O item 5 revela dado importante relacionado a lembrar-se de quais remédios toma no momento, pois metade dos participantes indicou que não se lembra das medicações atuais. Este dado, acompanhado pela boa relação terapêutica apontada pela grande maioria dos participantes no Item 6, destaca a importância da qualidade das informações oferecidas aos usuários do sistema de saúde.

Por fim, as respostas ao Item 7 destacam que a adesão aos autocuidados exige esforço importante por parte dos participantes: quase totalidade da amostra mencionou intensidade bastante ou muito em relação ao quanto se esforça para seguir o tratamento, sugerindo que existem dificuldades e barreiras importantes à adesão em HIV/AIDS.

A Tabela 6 a seguir apresenta as respostas ao questionário CEAT/HIV para os itens 8 a 14.

Tabela 6 - Respostas ao questionário CEAT-VIH, itens 8 a 14.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?</b>		
Nada	15	15,2
Pouco	16	16,2
Regular	19	19,2
Bastante	17	17,2
Muito	32	32,3
<b>9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso desses medicamentos?</b>		
Nada	3	3,0
Pouco	2	2,0
Regular	3	3,0
Bastante	18	18,2
Muito	73	73,7
<b>10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?</b>		
Nada	4	4,0
Pouco	0	0,0
Regular	8	8,1
Bastante	16	16,2
Muito	71	71,7
<b>11. Até que ponto se sente capaz de seguir com o tratamento?</b>		
Nada	0	0,0
Pouco	0	0,0
Regular	3	3,0
Bastante	9	9,1
Muito	87	87,9
<b>12. Normalmente, está acostumado a tomar a medicação na hora certa?</b>		
Não, nunca	1	1,0
Sim, alguma vez	5	5,1
Sim, aproximadamente a metade das vezes	6	6,1
Sim, muitas vezes	15	15,2
Sim, sempre	72	72,7
<b>13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?</b>		
Não, nunca	4	4,0
Sim, alguma vez	4	4,0
Sim, aproximadamente a metade das vezes	1	1,0
Sim, muitas vezes	11	11,1
Sim, sempre	79	79,8
<b>14. Como se sente em geral com o tratamento, desde que começou a tomar seus remédios?</b>		
Muito insatisfeito	0	0,0
Insatisfeito	4	4,0
Indiferente	6	6,1
Satisfeito	35	35,4
Muito satisfeito	54	54,5

Fonte: Própria.

Dados da Tabela 6 mostram questões importantes acerca da adesão aos cuidados em HIV/AIDS. Embora o item 8 tenha mostrado recebimento irregular de informações sobre os medicamentos, o item 9 sugere conhecimento importante quanto aos benefícios do uso da medicação e o Item 10 demonstra melhoria importante da saúde a partir do uso da medicação antirretroviral.

O item 11 sugere dados interessantes acerca da autoeficácia percebida pelos participantes: a quase totalidade da amostra se percebe capaz de seguir com o tratamento, a maioria dos participantes menciona ter costume de tomar a medicação nos horários corretos e dados do item 14 demonstram satisfação com a terapêutica.

A Tabela 7 a seguir mostra as respostas ao questionário CEAT-VIH pra os itens 15 a 20.

Tabela 7 - Respostas ao questionário CEAT-VIH, itens 15 a 20.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?</b>		
Muito intenso	13	13,1
Intenso	3	3,0
Medianamente intenso	12	12,1
Pouco intenso	20	20,2
Nada intenso	51	51,5
<b>16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?</b>		
Muito tempo	1	1,0
Bastante tempo	1	1,0
Regular	1	1,0
Pouco tempo	10	10,1
Nada de tempo	86	86,9
<b>17. Que avaliação tem de si mesmo com relação à tomada dos remédios para o HIV?</b>		
Nada cumpridor	0	0,0
Pouco cumpridor	2	2,0
Regular	5	5,1
Bastante	17	17,2
Muito cumpridor	75	75,8
<b>18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?</b>		
Muita dificuldade	1	1,0
Bastante dificuldade	1	1,0
Regular	0	0,0
Pouca dificuldade	10	10,1
Nenhuma dificuldade	87	87,9
<b>19. Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?</b>		
0	33	33,3
1	19	19,2
2	7	7,1
3	5	5,1
5	4	4,0
7	5	5,1
11	1	1,0
14	1	1,0
15	1	1,0
24	1	1,0
30	4	4,0
45	1	1,0
60	3	3,0
72	1	1,0
90	1	1,0
120	4	4,0
180	2	2,0
365	3	3,0
730	2	2,0
1095	1	1,0
<b>20. Utiliza alguma estratégia para lembrar de tomar medicação?</b>		
Não	66	66,7
Sim	33	33,3

Fonte: Própria.

A Tabela 7 mostra dados relevantes relacionados à adesão ao uso da medicação. O Item 15 em especial destaca a baixa intensidade dos efeitos colaterais relacionados à medicação antirretroviral, aspecto importante promotor à adesão. Este dado é coerente com as respostas indicadas ao item 18, que mostram pouca dificuldade em geral para tomar a medicação, e com o item 19, que sugere relativamente poucos dias em que a medicação foi esquecida.

Destaca-se ainda a facilidade em termos de tempo para a tomada de medicação, ressaltada nas respostas ao Item 16, e ausência de estratégias para lembrar de tomar a medicação, apontada pela maioria dos participantes no Item 20. Todas essas respostas, que mostram a princípio poucas barreiras à adesão medicamentosa, podem estar relacionados à percepção de si mesmo como aderente aos cuidados relacionados ao uso da medicação, conforme indicado nas avaliações positivas mostradas no item 17.

A seguir, a Tabela 8 descreve a distribuição das respostas segundo a categorização do escore de adesão (baixa/insuficiente, insuficiente/regular e estrita) em função das respostas ao questionário CEAT-VIH.

**Tabela 8 - Distribuição das respostas ao CEAT-VIH segundo a categorização do escore de adesão, Distrito Federal (2016).**

Variável	Total		Baixa/ Insuf. n = 33		Insuf./ regular n = 52		Estrita n = 14		p <sup>a</sup>
	F	%	F	%	F	%	F	%	
<b>1. Deixou de tomar medicação alguma vez?</b>									
Sempre	2	2,0	2	6,0	0	0,0	0	0,0	0,09
Mais da metade das vezes	6	6,0	4	12,1	2	3,8	0	0,0	
Aproximadamente metade das vezes	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	
Alguma vez	47	47,4	17	51,5	25	48,0	5	35,7	
Nenhuma vez	43	43,4	9	27,2	25	48,0	9	64,2	
<b>2. Se alguma vez se sentiu melhor, deixou de tomar sua medicação?</b>									
Sempre	2	2,0	2	6,0	0	0,0	0	0,0	0,11
Mais da metade das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Aproximadamente metade das vezes	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	
Alguma vez	11	11,1	6	18,1	5	9,6	0	0,0	
Nenhuma vez	85	85,8	24	72,7	47	90,3	14	100	
<b>3. Se alguma vez, depois de tomar a medicação, sentiu-se pior, deixou de tomá-la?</b>									
Sempre	2	2,0	2	6,0	0	0,0	0	0,0	0,05
Mais da metade das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Aproximadamente metade das vezes	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	
Alguma vez	9	9,0	6	18,1	3	5,7	0	0,0	
Nenhuma vez	87	87,8	24	72,7	49	94,2	14	100	
<b>4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?</b>									
Sempre	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0,43
Mais da metade das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Aproximadamente metade das vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Alguma vez	3	3,0	2	6,0	1	1,9	0	0,0	
Nenhuma vez	95	95,9	30	90,9	51	98,0	14	100	
<b>5. Lembra-se que remédios está tomando neste momento?</b>									
Não	48	48,4	22	66,6	22	42,3	4	28,5	0,02
Sim	51	51,5	11	33,3	30	57,6	10	71,4	
<b>6. Como é a relação que mantém com seu médico?</b>									
Ruim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,50
Um pouco ruim	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	3	3,0	2	6,0	1	1,9	0	0,0	
Pode melhorar	8	8,0	3	9,0	5	9,6	0	0,0	
Boa	87	87,8	27	81,8	46	88,4	14	100	
<b>7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?</b>									
Nada	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0	0,08
Pouco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	4	4,0	4	12,1	0	0,0	0	0,0	
Bastante	26	26,2	9	27,2	14	26,9	3	21,4	
Muito	68	68,6	19	57,5	38	73,0	11	78,5	
<b>8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?</b>									
Nada	15	15,1	9	27,2	6	11,5	0	0	0,00
Pouco	16	16,1	8	24,2	8	15,3	0	0,0	
Regular	19	19,1	6	18,1	13	25,0	0	0,0	
Bastante	17	17,1	2	6,0	12	23,0	3	21,4	
Muito	32	32,3	8	24,2	13	25,0	11	78,5	

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado.

Na Tabela 8, alguns dados estatisticamente significativos podem ser destacados. Houve associação entre níveis de adesão e efeito colateral após tomar medicação ( $p=0,05$ ), conforme indicado no item "Se alguma vez, depois de tomar a medicação, sentiu-se pior, deixou de tomá-la", destacando-se a sensibilidade de participantes com adesão estrita aos efeitos de tomada da medicação. Além disso, percebe-se associação relevante entre adesão baixa/insuficiente e não se lembrar de quais remédios está tomando no momento ( $p=0,02$ ).

Por fim, destaca-se de modo importante a associação entre recebimento de informações e adesão aos cuidados: porcentagens baixas de informação recebida estiveram relacionadas a níveis de adesão baixos/insuficientes e insuficientes/irregulares, segundo os relatos dos participantes ( $p=0,001$ ).

A Tabela 9 a seguir continua a apresentação relativa à distribuição das respostas segundo a categorização do escore de adesão (baixa/insuficiente, insuficiente/regular e estrita) em função das respostas ao questionário CEAT-VIH.

**Tabela 9 - Distribuição das respostas ao CEAT-VIH segundo a categorização do escore de adesão, Distrito Federal (2016).**

Variável	Total		Baixa/ Insuf. n = 33		Insuf./ regular n = 52		Estrita n = 14		p <sup>a</sup>
	F	%	F	%	F	%	F	%	
<b>9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso desses medicamentos?</b>									
Nada	3	3,0	3	9,0	0	0,0	0	0,0	0,06
Pouco	2	2,0	2	6,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	3	3,0	2	6,0	1	1,9	0	0,0	
Bastante	18	18,1	5	15,1	12	23,0	1	7,1	
Muito	73	73,7	21	63,6	39	75,0	13	92,8	
<b>10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?</b>									
Nada	4	4,0	4	12,1	0	0,0	0	0,0	0,00
Pouco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	8	8,0	5	15,1	3	5,7	0	0,0	
Bastante	16	16,1	7	21,2	9	17,3	0	0,0	
Muito	71	71,7	17	51,5	40	76,9	14	100,0	
<b>11. Até que ponto se sente capaz de seguir com o tratamento?</b>									
Nada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,47
Pouco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	3	3,0	2	6,0	1	1,9	0	0,0	
Bastante	9	9,0	3	9,0	6	11,5	0	0,0	
Muito	87	87,8	28	84,8	45	86,5	14	100,0	
<b>12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?</b>									
Não, nunca	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0,09
Sim, alguma vez	5	5,0	4	12,1	1	1,9	0	0,0	
Sim, aprox a metade das vezes	6	6,0	4	12,1	2	3,8	0	0,0	
Sim, muitas vezes	15	15,1	6	18,1	8	15,3	1	7,1	
Sim, sempre	72	72,7	18	54,5	41	78,8	13	92,8	
<b>13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?</b>									
Não, nunca	4	4,0	3	9,0	1	1,9	0	0,0	0,52
Sim, alguma vez	4	4,0	2	6,0	2	3,8	0	0,0	
Sim, aprox a metade das vezes	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	
Sim, muitas vezes	11	11,1	4	12,1	6	11,5	1	7,1	
Sim, sempre	79	79,7	23	69,6	43	82,6	13	92,8	
<b>14. Como se sente em geral com o tratamento, desde que começou a tomar seus remédios?</b>									
Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,03
Insatisfeito	4	4,0	2	6,0	2	3,8	0	0,0	
Indiferente	6	6,0	4	12,1	2	3,8	0	0,0	
Satisfeito	35	35,3	17	51,5	13	25,0	5	35,7	
Muito satisfeito	54	54,5	10	30,3	35	67,3	9	64,2	
<b>15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?</b>									
Muito intenso	13	13,1	12	36,3	1	1,9	0	0,0	0,00
Intenso	3	3,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	
Medianamente intenso	12	12,1	6	18,1	6	11,5	0	0,0	
Pouco intenso	20	20,2	4	12,1	12	23,0	4	28,5	
Nada intenso	51	51,5	11	33,3	30	57,6	10	71,4	

Fonte: Própria.

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado.

Destacam-se algumas associações particulares apontadas na Tabela 9. Novamente, o conhecimento quanto a benefícios do uso da medicação parece ser um elemento importante à adesão, tendo em vista associações entre níveis mais elevados de adesão e mais atribuição de benefícios ( $p=0,06$ , marginalmente significativo). Dado semelhante é mostrado na associação entre considerar que a saúde melhorou com uso da TARV e melhores índices de adesão ( $p=0,001$ ).

Além disso, a satisfação geral com o tratamento esteve associada a níveis mais elevados de adesão ( $p=0,03$ ) e a intensidade de efeitos colaterais mostrou associação aproximadamente inversa com os níveis de adesão ( $p=0,001$ ). Estes dados combinados ressaltam a importância do conhecimento sobre a TARV, bem como a vivência de efeitos colaterais, como elementos moderadores à adesão, que devem ser constantemente focalizados pelas equipes de saúde.

A Tabela 10 a seguir continua a apresentação relativa à distribuição das respostas segundo a categorização do escore de adesão (baixa/insuficiente, insuficiente/regular e estrita) em função das respostas ao questionário CEAT-VIH.

**Tabela 10 - Distribuição das respostas ao CEAT-VIH segundo a categorização do escore de adesão, Distrito Federal (2016).**

Variável	Baixa/ Insuf. n = 33		Insuf./ regular n = 52		Estrita n = 14		p <sup>a</sup>
	F	%	F	%	F	%	
<b>16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?</b>							
Muito tempo	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0,23
Bastante tempo	1	1,0	0	0,0	0	0,0	
Regular	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
Pouco tempo	10	10,1	4	12,1	5	9,6	
Nada de tempo	86	86,8	27	81,8	47	90,3	
<b>17. Que avaliação tem de si mesmo com relação à tomada dos remédios para o HIV?</b>							
Nada cumpridor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,01
Pouco cumpridor	2	2,0	2	6,0	0	0,0	
Regular	5	5,0	4	12,1	1	1,9	
Bastante	17	17,1	9	27,2	8	15,3	
Muito cumpridor	75	75,7	18	54,5	43	82,6	
<b>18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?</b>							
Muita dificuldade	1	1,0	1	3,0	0	0,0	0,61
Bastante dificuldade	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
Regular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Pouca dificuldade	10	10,1	4	12,1	5	9,6	
Nenhuma dificuldade	87	87,8	27	81,8	47	90,3	
<b>19. Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?</b>							
0	33	33,3	7	21,2	18	34,6	0,15
1	19	19,1	4	12,1	12	23,0	
2	7	7,0	1	3,0	6	11,5	
3	5	5,0	2	6,0	1	1,9	
5	4	4,0	1	3,0	3	5,7	
7	5	5,0	3	9,0	2	3,8	
11	1	1,0	0	0,0	0	0,0	
14	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
15	1	1,0	0	0,0	1	1,9	
24	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
30	4	4,0	2	6,0	2	3,8	
45	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
60	3	3,0	3	9,0	0	0,0	
72	1	1,0	0	0,0	1	1,9	
90	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
120	4	4,0	2	6,0	2	3,8	
180	2	2,0	2	6,0	0	0,0	
365	3	3,0	1	3,0	2	3,8	
730	2	2,0	0	0,0	2	3,8	
1095	1	1,0	1	3,0	0	0,0	
<b>20. Utiliza alguma estratégia para lembrar de tomar medicação?</b>							
Não	66	66,6	22	66,6	34	65,3	0,91
Sim	33	33,3	11	33,3	18	34,6	

Fonte: Própria.

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado.

Na Tabela 10, apenas um teste de hipóteses alcançou significância estatística, relacionado à associação entre níveis elevados de adesão e percepção sobre avaliação de si mesmo quanto ao cumprimento da terapêutica medicamentosa

( $p=0,01$ ), enfatizando processos de autoeficácia moderadores à adesão. A seguir, a Tabela 11 descreve as respostas dos 19 participantes que responderam perguntas do questionário semiestruturado.

**Tabela 11 - Respostas ao questionário semiestruturado, Distrito Federal (2016).**

Variável	Total N = 19	
	Frequência	Porcentagem
<b>Como se sentiu ao receber o diagnóstico?</b>		
Medo	8	42,1
Péssimo	11	57,9
<b>O que o uso da TARV influencia na sua vida?</b>		
Esconder	3	15,8
Nada	11	57,9
Qualidade de Vida	5	26,3
<b>Como você se sente no horário de tomar a medicação?</b>		
Nada	16	84,2
Tristeza	3	15,8
<b>O que faz nas horas de lazer?</b>		
Arte marcial e percussionista	1	5,3
Caminhada e cinema	1	5,3
Caminhada, leitura e fotografia	1	5,3
Candidato a vereador, missa e festa	1	5,3
Cinema e igreja	1	5,3
Cinema, esporte e dormir	1	5,3
Cuidar da casa	1	5,3
Estudar e sair com os amigos	1	5,3
Futebol, dança e ouvir música	1	5,3
Leitura	1	5,3
Leitura, cinema e faculdade	1	5,3
Ler muito	1	5,3
Pedalar, jogar peteca e churrasco	1	5,3
Pescar e sinuca	1	5,3
Religião e cozinhar	1	5,3
Sair com os amigos	1	5,3
Sair com os amigos, cinema e balada	1	5,3
Tocar violão e cozinhar	1	5,3
Tomar cerveja e dançar forró	1	5,3

Fonte: Própria.

Destacam-se dados na Tabela 11 relativos aos sentimentos diante do diagnóstico, caracterizados por "medo" e "péssimo". Porém, no momento atual de tomada de medicação, a maioria dos participantes referiu ausência de sensações boas ou ruins ("nada"), afirmando ainda em maioria que o uso da TARV influencia nada na vida e cotidiano. Por fim, ressalta-se ampla variedade de estratégias utilizadas nas horas de lazer por parte dos participantes. A Tabela 12 a seguir

descreve a distribuição das respostas ao item “Como se sentiu ao receber o diagnóstico?” em relação aos dados do questionário sociodemográfico.

**Tabela 12 - Distribuição das respostas do questionário semiestruturado segundo o sentimento ao receber o diagnóstico, Distrito Federal (2016).**

Variável	Como se sentiu ao receber o diagnóstico?				p <sup>a</sup>
	Medo n = 8		Péssimo n = 11		
	F	%	f	%	
<b>O que o uso da TARV influencia na sua vida?</b>					0,23
Esconder	0	0,0	3	27,2	
Nada	6	75,0	5	45,4	
Qualidade de Vida	2	25,0	3	27,2	
<b>Como você se sente no horário de tomar a medicação?</b>					0,73
Nada	7	87,5	9	81,8	
Tristeza	1	12,5	2	18,1	
<b>O que faz nas horas de lazer?</b>					0,39
Arte marcial e percussionista	0	0,0	1	9,0	
Caminhada e cinema	0	0,0	1	9,0	
Caminhada, leitura e fotografia	1	12,5	0	0,0	
Candidato a vereador, missa e festa	0	0,0	1	9,0	
Cinema e igreja	0	0,0	1	9,0	
Cinema, esporte e dormir	0	0,0	1	9,0	
Cuidar da casa	0	0,0	1	9,0	
Estudar e sair com os amigos	1	12,5	0	0,0	
Futebol, dança e ouvir música	1	12,5	0	0,0	
Leitura	1	12,5	0	0,0	
Leitura, cinema e faculdade	1	12,5	0	0,0	
Ler muito	1	12,5	0	0,0	
Pedalar, jogar peteca e churrasco	0	0,0	1	9,0	
Pescar e sinuca	0	0,0	1	9,0	
Religião e cozinhar	0	0,0	1	9,0	
Sair com os amigos	0	0,0	1	9,0	
Sair com os amigos, cinema e balada	1	12,5	0	0,0	
Tocar violão e cozinhar	0	0,0	1	9,0	
Tomar cerveja e dançar forró	1	12,5	0	0	

Fonte: Própria.

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os dados apresentados na Tabela 12. A seguir, os resultados obtidos no presente estudo serão discutidos à luz da literatura.

## 2.5 Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a adesão aos cuidados por pacientes portadores do vírus HIV. Na amostra analisada, 33 participantes apresentaram baixa/insuficiente adesão ao tratamento, 52

apresentaram adesão insuficiente/regular, enquanto 14 revelaram adesão estrita ao tratamento. Estes dados sugerem que a maior parte da amostra (85%) indicou adesão entre baixa e regular, ou, ainda, insatisfatória aos autocuidados prescritos, resultados estes congruentes com os estudos de Goulart (2011), que apontaram maioria de escores em adesão baixa/irregular. Contudo, estes resultados não concordam com o estudo de Resende et al. (2012), em que boa parte dos entrevistados (83,7%) relataram não ter dificuldades para ingerir os medicamentos.

De modo geral, não foram observadas associações significativas entre dados sociodemográficos ou clínicos com níveis de adesão, dados coerentes com a pesquisa de Remor, Moskovics e Preussler (2007). Cabe destacar que os efeitos colaterais importantes promovidos pelo uso da medicação, associados a mudanças relevantes da rotina e em atividades cotidianas, podem ser um elemento que dificulta a adesão satisfatória aos cuidados, embora esta adesão seja de extrema importância por promover elevação da qualidade de vida, redução das morbidades e aumento da sobrevida. (SOUSA et al., 2004; SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009).

Os resultados não mostraram associações entre adesão aos cuidados e a variável sexo. Corroborando esses resultados, Loannieds et al. (2016) também não encontraram diferenças entre sexo e adesão ao comparar adolescentes homens e mulheres. Diferentemente, Lemos, Feijão e Galvão (2013), Auld et al. (2014) e May et al. (2007) afirmaram haver uma predominância de homens nos grupos que apresentaram baixa adesão à terapia, além de associações com prognósticos negativos e resultados clínicos insuficientes, inclusive no que diz respeito ao envolvimento com a equipe de saúde multidisciplinar. Estes dados podem destacar a necessidade de mais ações preventivas e promotoras em saúde focalizadas especificamente na população masculina e em suas especificidades, embora dados do presente estudo não tenham corroborado a literatura.

Também não houve associação significativa em relação ao grau de instrução e escores de adesão, resultado que não reflete dados mostrados pela literatura na área. Segundo Silva et al. (2009), um maior nível de escolaridade favorece a compreensão sobre a patologia e a terapêutica medicamentosa, refletindo maior adesão. Por outro lado, o baixo nível de escolaridade demonstra uma alteração no perfil do paciente infectado e uma relação não só com a adesão, mas com a própria infecção pelo vírus. E, contradizendo os resultados dessa pesquisa, no estudo de Goulart (2011) houve associação significativa em relação à variável escolaridade,

onde os indivíduos com ensino médio tinham 71% menor ocasião de adesão irregular do que os com ensino fundamental, pois, segundo o autor, quanto menor o nível de escolaridade, maior o percentual de confirmados para HIV.

Novamente não foi constatada uma correlação significativa entre o tempo de terapia e adesão aos cuidados, dado que não corrobora o estudo apresentado por Lemos, Feijão e Galvão (2013), que apontou uma relação negativa entre o tempo de terapia e a adesão. Por outro lado, em seis perguntas específicas do questionário, foram observados resultados significativos (por exemplo, “Lembra-se que remédio está tomando neste momento?” e “Que avaliação tem de si mesmo com relação à tomada dos remédios para o HIV?”). Estes dados podem sugerir que a informação, tanto nas formas de qualidade quanto quantidade, bem como os processos de autoeficácia, estão relacionadas à adesão aos cuidados, elementos moderados pelo tipo de apoio e incentivo recebido pelo paciente, tanto da equipe que o atende, quanto da família e das de redes de apoio.

No artigo de Silva, Waidmam e Marcon (2009), foram descritas observações relacionadas com o uso da medicação, ficando claro que nesse momento de início da TARV é fundamental o suporte da equipe de saúde e dos familiares, pois é essencial que adesão minimamente satisfatória nesse período possa predizer bons resultados.

Os dados apresentados no presente estudo destacam que a percepção do paciente quanto a sua própria saúde (e.g., respostas aos itens “Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?”, “Como se sente em geral com o tratamento, desde que começou a tomar seus remédios?” e “Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?”) se relaciona fortemente com a adesão aos cuidados. O usuário sofre muito no começo de uso da medicação por ter inúmeras dúvidas em relação à quantidade, tempo de uso, e até mesmo, em relação aos efeitos colaterais, e nesse momento a presença e o acompanhamento das pessoas mais próximas e dos profissionais de saúde são fundamentais, pois a adesão sofre influência da história de vida do paciente, do envolvimento e empatia que ele apresenta por todos os envolvidos (familiares e rede social) e também do suporte informativo e emocional disponibilizado pela equipe de saúde multiprofissional. (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006; SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009).

Destacam-se ainda as relações que podem ser estabelecidas entre sintomas e efeitos colaterais da medicação e a adesão aos autocuidados, elemento este que é moderado pela relação com a equipe de saúde. Brambatti (2007) observou em seu estudo que somente 12,3% dos entrevistados relataram ter algum problema relacionado a sintomas e efeitos colaterais ao início da TARV. Porém esses dados lhe despertaram algumas reflexões em relação a aparente motivação para começar a terapia, como a falta de compreensão em relação à realidade da condição atual de saúde e as prováveis mudanças que serão necessárias na rotina diária. E os resultados dessas reflexões serão úteis para ajudar os profissionais no contexto junto ao paciente, na avaliação dos pontos positivos e negativos, nos fatores facilitadores e dificultosos durante a terapia, além de auxiliar no direcionamento das ações estratégicas.

Ressalta-se associação estatisticamente significativa entre respostas à pergunta “Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?” e os graus de adesão aos autocuidados, sugerindo que pacientes com moderada e elevada adesão à TARV apresentaram menor proporção de eventos adversos, o que pode ser relacionado à percepção sobre necessidade do uso da TARV para aumento da qualidade e da expectativa de vida e diminuição da morbimortalidade. Contudo, apesar de aumentar a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes, a TARV induz, entre outras consequências, a síndrome lipodistrófica, caracterizada por uma disfunção no metabolismo dos lipídeos que promove uma distribuição anormal da gordura corporal. Essa anormalidade pode ser caracterizada por uma redução da gordura em regiões periféricas como face, nádegas, braços, pernas; por um acúmulo de gordura na região central, abdominal, ginecomastia, mamas em mulheres e gibosidade dorsal; ou por uma associação entre as duas formas descritas (CARR et al., 1998, GAZZARUSO et al., 2003; THIÉBAUT et al., 2000). Almeida et al. (2011) ressaltam a relevância do esclarecimento sobre a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos relacionados à medicação, reduzindo assim a possibilidade da interrupção do tratamento face aos efeitos colaterais adversos.

Entretanto, segundo Fiuza et al. (2013), é fundamental que profissionais que atuam com pacientes portadores do vírus HIV saibam que o simples repasse de informações não é suficiente para garantir o autocuidado, tornando-se essencial o acompanhamento longitudinal adequado nas consultas de retorno com a equipe

multiprofissional e o desenvolvimento de ações que permitam uma análise mais ampla envolvendo o paciente, familiares e a rede social da qual fazem parte.

Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) apontam ainda diversos fatores psicológicos moderadores da adesão à TARV. Os fatores psicológicos que mais se destacaram e predominaram foram: o estresse psicológico, a expectativa de autoeficácia em relação à terapia, a não adaptação à própria rotina imposta por ela, a depressão e a disfunção neurocognitiva. Nesse sentido, Dias et al. (2011) propõem que profissionais de saúde que atuem diretamente com pacientes portadores de doenças crônicas levem em conta, no planejamento e na ação com esses pacientes, as atitudes e valores do indivíduo, tornando-se assim aptos a compreender, respeitar e transpor suas crenças e percepções individuais.

A preocupação com a adesão à terapia deve ser, portanto, uma realidade nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde orienta que a TARV é fundamental no início da terapia, informação que deve ser vivenciada pelos profissionais de saúde até mesmo na escolha das estratégias de trabalho utilizadas para intervir na adesão. (REMOR; MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). Aparentemente, o fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde, a informação adequada e a conscientização dos pacientes favorecem uma adesão estrita ao tratamento, independentemente do nível de escolaridade, do sexo e do tempo de tratamento.

Concluindo, destacam-s algumas limitações importantes do presente estudo. Inicialmente, o número restrito da amostra pode ter sido insuficiente para atingir associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas, contribuindo para uma subnotificação de relações importantes entre adesão aos cuidados e características pessoais, culturais e clínicas na amostra.

Além disso, outras características sociodemográficas poderiam ter sido incluídas no presente estudo, que se baseou nos aspectos individuais que a literatura destaca como sendo relacionados ou não à adesão. De modo similar, características clínicas da amostra não puderam ser focalizadas no presente estudo em função da impossibilidade de acesso aos prontuários, que garantiria melhor fidedignidade das informações em comparação ao autorrelato dos participantes apenas.

Destaca-se ainda que a maioria dos participantes não indicou dificuldades importantes relacionadas à adesão, bem como respostas emocionais e afetivas adaptadas quando da descoberta do diagnóstico. Este dado provavelmente está

relacionado a dificuldades em pesquisa com autorrelato, incluindo o processo de desejabilidade social e/ou dificuldades de compreensão das informações solicitadas. Esta condição dificultou também o efetivo levantamento acerca de barreiras e dificuldades para a adesão, conforme o presente estudo se propôs inicialmente. Segundo Kohlsdorf e Costa Junior (2009) e também Salles (2011), o autorrelato é uma ferramenta essencial na avaliação da adesão. No entanto, como em qualquer outra, possui limitações específicas ao entrevistado, podendo ser pouco ou muito valorizada, inclusive pelos profissionais da saúde no contexto envolvido com o usuário e além das questões relacionadas à TARV e à própria doença.

Por fim, torna-se imprescindível destacar o foco majoritariamente medicamentoso do questionário empregado neste estudo. Entende-se que a adesão aos cuidados envolve inúmeros outros comportamentos, para além da medicação, que não foram contemplados na pesquisa, tais como modificações na dieta e atividade física, além de outros potenciais comportamentos que necessitam de alterações após um diagnóstico de soropositividade. Contudo, no caso do tratamento em HIV/AIDS, a literatura destaca que o uso da TARV é de fato a principal dificuldade a ser contemplada, porém destaca-se aqui que a adesão é processual, dinâmica, co-construída e abrange diversos comportamentos em autocuidado para além do uso da TARV (ALMEIDA et al, 2011; BARROSO et al., 2006; BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007; BRAMBATTI, 2007).

## REFERÊNCIAS

ALQUÉZAR, Amadeo Sáez; SALLES, Nanci Alves; CHAMONE, Dalton Alencar Fischer. Triagem sorológica em serviços de hemoterapia. In: VERONESE, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

ALMEIDA, Eliana Lins de et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 208-216, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=600174&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

AULD, Andrew F. et al. **Características e resultados das inscrições na terapia antirretroviral entre adolescentes e adultos jovens infectados pelo HIV em comparação com adultos mais velhos: sete países africanos, 2004-2013, 2014**. Disponível em: <<http://bireme.com.br>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BARROS, Nathalia Batista; GUIMARÃES, Celma Martins; BORGES, Ohary Sousa. Políticas de saúde e prevenção ao HIV/AIDS no Brasil - 1982-2012. **Estudos**. Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537-546, out./ dez. 2012. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/view/2666/1628>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BARROSO, Léa L. M. et al. Adesão ao tratamento com antirretrovirais entre pacientes com AIDS. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, 2006. Disponível em: <[http://www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2011/anti\\_rretrovirais.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/anti_rretrovirais.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARAES, Mark Drew Crosland Guimarães. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 267-278, 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000400005](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 18, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento\\_consenso\\_adulto\\_01\\_24\\_01\\_2011\\_web\\_pdf\\_13627.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo\\_01\\_pdf\\_28749.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_01_pdf_28749.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BRAMBATTI, Larissa Polejack. **Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique**. 2007. 267 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8307/1/2007\\_LarissaPolejackBrambatti.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8307/1/2007_LarissaPolejackBrambatti.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRITO, Ana Maria; SZWARCOWALD, Célia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 86-92, 2006. Disponível em: [www.ceatenf.ufc.br/.../FATORES%20ASSOCIADOS%20A%20INTERRUPCAO%20](http://www.ceatenf.ufc.br/.../FATORES%20ASSOCIADOS%20A%20INTERRUPCAO%20)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CARDOSO, Gisele Pereira; ARRUDA, Angela. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.151-162, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a16v10n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a16v10n1.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CARR, Andrew et al. A síndrome de lipodistrofia periférica, hiperlipidemia e resistência à insulina em doentes a receber inibidores da protease do VIH. **Aids**, v. 12, n. 7, p. F51-58, 1998. Disponível em: [revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/409/332](http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/409/332)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CARVALHO, Cláudio Viveiros; HAMANN, Edgar Merchán; MATSUSHITA, Raul. Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 5, p. 555-565, set./ out. 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n5/a13v40n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n5/a13v40n5.pdf)>. Acesso em: 01 de mar. 2017.

CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo. **Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para aferição da adesão do paciente ao tratamento antirretroviral nos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV**. 2014. 208 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04082014-110447/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04082014-110447/)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CECCATO, Maria Graças B. et al. Compreensão da terapia antirretroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.

24, n. 7, p.1689-1698, jul. 2008. Disponível em:  
<[www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/23.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40. n. 4, p. 576-581, 2006. Disponível em:  
<[www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a17.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

COSTA, Luciana Scarlazzari. Validação e reprodutibilidade de uma escala de auto eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 1, p. 41-46, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000100008)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

DIAS, António Madureira et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 40, p. 201-219, 2016. Disponível em: <[www.jpmed.com.br/conteudo/08-84-01-41/port.asp](http://www.jpmed.com.br/conteudo/08-84-01-41/port.asp)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

FAUSTINO, Quintino Medeiros; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p.121-130, jan./ mar. 2010. Disponível em:  
<[www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a14v26n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a14v26n1.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 50-55, jul. 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11483.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11483.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FIUZA, Maria Luciana Teles et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013. Disponível em:  
<[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400740&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400740&script=sci_abstract)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

FURTADO, Juvencio José Duailibe; ZAMBRINI, Heverton; SILVA, Érika Ferrari Rafael. In: VERONESE. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

GAZZARUSO, Carmine et al. Hipertensão entre pacientes com HIV: prevalência e relação com a resistência à insulina e a síndrome metabólica. **Journal of hypertension**, v. 21, n. 7, p. 1377-1382, 2013.

GIL, A. C. Como classificar sua pesquisa?, In: \_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIR, Elucir; VAICHULONIS, Carla Gisele; OLIVEIRA, Marcela Dias. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 634-641, set./ nov. 2005. Disponível em:

<[https://scholar.google.com.br/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=pt-BR&user=sxWasb4AAAAJ&citation\\_for\\_view=sxWasb4AAAAJ:9yKSN-GCB0IC](https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=sxWasb4AAAAJ&citation_for_view=sxWasb4AAAAJ:9yKSN-GCB0IC)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

GOMES, Raquel Regina Freitas Magalhães et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 495-506, mar. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300004)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

GOULART, Suelen. **Adesão ao regime terapêutico antirretroviral por pessoas com HIV/AIDS em um serviço de referência**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95911>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GRANJEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

GRANATO, Celso Francisco Hernandez; CARRARO, Emerson. Diagnóstico laboratorial. In: VERONESE, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

IOANNIDES, Kimon LH, et al. Padrões de aderência ao tratamento do HIV não diferem entre os adolescentes do sexo masculino e feminino em Botswana. **SIDA e Comportamento**, 2016. Disponível em: <<http://bireme.com.br>>. Acesso em: 01 de fev. 2017.

KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A.L. (2009). O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, vol. 27(57), pp. 131-139.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando; SPRINZ, Eduardo. HIV/AIDS e treinamento concorrente: a revisão sistemática. **Rev. Bras. Med. Esporte**, p. 149-154, 2010.

LEITE, José Carlos Carvalho et al. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100014&script=sci...tln](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100014&script=sci...tln)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

LEMOS, Larissa de Araújo; FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez. Aspectos sociais e de saúde dos pacientes coinfectados com HIV/tuberculose. **Jornal de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, 2013. Disponível em: <[www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/805/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/805/pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LOPES, Lizis Kimura. **A adesão ao tratamento antirretroviral por crianças e adolescentes com HIV/Aids**. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-22012013-114651/pt-br.php](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-22012013-114651/pt-br.php)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MARQUES, Maria Cristina Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, (Supl.), p. 41-65, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/02.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

MAY, M. et al. Prognóstico de pacientes infectados pelo HIV-1 até 5 anos após o início do HAART: análise colaborativa de estudos prospectivos. **Aids**, v. 21, n. 9, p. 1185-1197, 2007.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki. **Avaliação da adesão e das características da agressão a mulheres vítimas de violência sexual durante o acompanhamento ambulatorial de seis meses: tendências observadas de 2000 a 2006**. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2014. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000770024](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000770024)>. Acesso em: 07 mar. 2017.

PINTO, Agnes Carolina et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

PETERSON, Susan; MARTINS, Ciro R.; COFRANCESCO, Joseph. Lipodistrofia no paciente com HIV: considerações sociais, psicológicas e de tratamento. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 28, n. 4, p. 443-451, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000400012&script=sci...tIng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000400012&script=sci...tIng)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, (Supl. 1), p. 1201-1208, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700029&script=sci...tIng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700029&script=sci...tIng)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

RESENDE, Renata Cunha et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da**

**Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 2, p. 186-201, ago./ dez. 2012. Disponível em: <[revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/612](http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/612)>. Acesso em: 30 out. 2016.

REMOR, Eduardo; MOSKOVICS, Jenny Milner; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500001)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

RIBEIRO, Ana Freitas et al. Epidemiologia. In: VERONESE, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SABINO, Ester Cerqueira; BARRETO, Cláudia Cortese. Etiologia e subtipos HIV. VERONESE, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SALLES, Caroline Mato Brando. **Efeitos de intervenção psicológica sobre a adesão ao tratamento antirretroviral em adolescentes HIV positivos**. 2011. 167 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9358/1/2011\\_CarolineMotaBrancoSalles.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9358/1/2011_CarolineMotaBrancoSalles.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SANTOS, Maria Altenfelder. **O papel dos serviços de saúde na adesão do paciente ao tratamento antirretroviral do HIV/aids**: associações entre medidas de adesão e características organizacionais dos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV. 2015. 141 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21012016-154010/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21012016-154010/)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SANTOS, Fabiana Borges; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Caracterização de pessoas com HIV/Aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasília Med.**, v. 48, n. 3, p. 268-276, 2011. Disponível em: <[repositorio.unb.br/handle/10482/9734](http://repositorio.unb.br/handle/10482/9734)>. Acesso em: 12 mar. 2016.

SCHAURICH, Diego; COELHO, Debora Fernandes; MOTTA, Maria da Graça Corso. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os antirretrovirais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-462, jul./ set. 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/107165>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SEIDL, Eliane Maria Fleury et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000006&script=sci...tlng...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000006&script=sci...tlng...)>. Acesso: 12 mar. 2016.

SILVA, Ana Lucia Cardoso Nogueira; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sônia Silva. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 213-220, mar./ abril 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a07v62n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a07v62n2.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

SILVA, Ana Karla. Doenças transmissíveis. In: SILVA, A.K. **Manual de Vigilância Epidemiológica e Sanitária**. Goiânia: AB, 2010.

SILVA, Ana Cristina de Oliveira. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sociodemográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento**. 2013. 107 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ANACRISTINADEOLIVEIRAESILVA.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ANACRISTINADEOLIVEIRAESILVA.pdf)> . Acesso em: 01 mar. 2017.

SOARES, Rita Cassia Albuquerque. **A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/Aids, atendidos no hospital das clínicas da UFPE**. 2013. 69 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2013. Disponível em: <[www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12159](http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12159)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

SOMARRIBA, Gabriel et al. The effect of aging, nutrition, and exercise during HIV infection. **HIV AIDS (Auckl)**, v. 2, p. 191-201, 2010.

SOUSA, Adelaine Maria et al. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **Jornal Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012. Disponível em: <[www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/119/120](http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/119/120)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

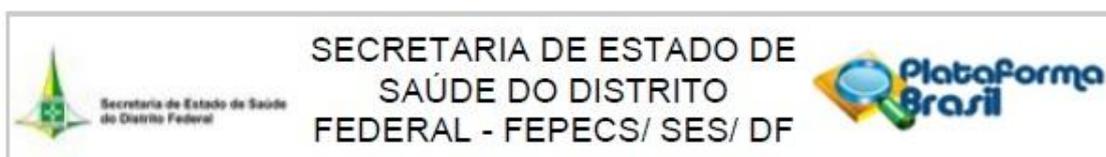
SOUZA, Bruna Maria Bezerra et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **Jornal Manag Prim Health Care**, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/90/91>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

THIÉBAUT, Rodolphe et al. Lipodistrofia, distúrbios metabólicos e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: Aquitaine Cohort, France, 1999. **Clinical Infectious Diseases**, v. 31, n. 6, p. 1482-1487, 2000. Disponível em: <[www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/90/91](http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/90/91)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS. **Grupo de Cooperação Técnica Horizontal para América Latina e Caribe (GCTH) e Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT)**, 2007. Disponível em: <[http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2009/08/un aids\\_dir\\_hum.pdf](http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2009/08/un aids_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ZUGE, Samuel Spiegelberg. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS. 2013.** 141f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <[cascavel.ufsm.br/tede//tde\\_busca/processaArquivo.php?codArquivo=5505](http://cascavel.ufsm.br/tede//tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=5505)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTABCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS

**Pesquisador:** HÉLIA CARLA DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56960016.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde Asa Norte

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.621.560

**Apresentação do Projeto:**

Elaborado parecer de nº 1.594.832 em 16.06.2016

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme descrito no parecer anterior de nº 1.594.832

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram devidamente apresentados no projeto de pesquisa

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nenhuma outra consideração a acrescentar

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pendência referente a postagem do currículo da orientadora da pesquisa, Marina Kohlsdorf, foi atendida nessa reapresentação.

**Recomendações:**

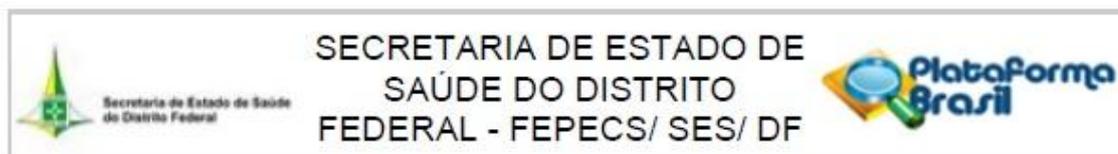
Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas. Projeto já discutido com o CEP-FEPECS.

Sugiro Aprovação

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.621.560

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_651699.pdf	24/06/2016 09:37:57		Aceito
Outros	Doc1.docx	24/06/2016 09:37:30	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesMarinaKohlsdorf.pdf	20/06/2016 14:48:52	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Outros	160610194624_0001.pdf	10/06/2016 19:01:59	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Outros	TermodeAnuencia2.pdf	06/06/2016 18:45:12	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Outros	TermodeAnuencia1.pdf	06/06/2016 18:44:59	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	06/06/2016 18:44:29	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	16/05/2016 18:36:52	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/04/2016 14:09:56	HÉLIA CARLA DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 04 de Julho de 2016

Assinado por:

Helio Bergo  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com