



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Patrícia Paiva Carvalho

UBERABA-MG
2017

Patrícia Paiva Carvalho

Adesão à Terapia Antirretroviral de Pessoas Vivendo com HIV/aids

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte.

Co-orientadora: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso.

UBERABA-MG
2017

Carvalho, Patrícia Paiva

Adesão à Terapia Antirretroviral de Pessoas Vivendo com
HIV/aids / Patrícia Paiva Carvalho. --2017

124 f : il., fig.,tab.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Rodrigues de Oliveira
Penaforte

Co-orientadora: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso

1. HIV. 2. Aids. 3. Terapia Antirretroviral. 4. Perfil de saúde. 5.
Adesão à medicação. I. Penaforte, Fernanda Rodrigues de Oliveira. II.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro III. Título.

PATRÍCIA PAIVA CARVALHO

ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Data da aprovação: 12/07/2017

Membros Componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Profa. Dra. Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra Cibele Alves Chapadeiro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra Luciana de Almeida Silva Teixeira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Local: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Pedro, meu amor e companheiro de todas as alegrias e lutas, que sempre me incentiva a ser uma pessoa melhor "*After all this time? Always*".

A minha querida mãe Maria Gracia, que mesmo com tantas dificuldades, sempre lutou pela minha formação, muito obrigada pelo carinho e dedicação.

Especialmente a todas as pessoas vivendo com HIV/aids do serviço de infectologia em que trabalho e a querida M., que nos deixou tão precocemente, mas que sempre será lembrada por sua doçura e determinação.

AGRADECIMENTOS

"Compreendi que a vida não é uma sonata que, para realizar sua beleza, tem de ser tocada até o fim. Dei-me conta, ao contrário, de que a vida é um álbum de minissونات. Cada momento de beleza vivido e amado, por efêmero que seja, é uma experiência completa que está destinada à eternidade. Um único momento de beleza e de amor justifica a vida inteira."
(Rubem Alves, 1988)

A Deus, pela presença constante em minha vida e por cuidar de mim com tanto amor.

Ao querido Pedro e a minha querida mãe, que em muito me apoiaram durante toda essa jornada.

Ao meu querido pai Ivan (in memória), pelo exemplo vida.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação.

A querida Miss Deise, que me informou sobre a seleção do mestrado, apontando-me para essa trilha de tijolos amarelos, em que encontrei muitos desafios e também muitos amigos.

A querida professora Dra. Cristiane Paulin Simon, pelo incentivo e pela ajuda durante todo processo de seleção do mestrado.

A toda equipe do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da UFTM, em especial ao professor Dr. Fábio Scorsolini- Comin, idealizador e coordenador do programa.

A toda equipe do Núcleo de Avaliação Psicológica e Investigações em Saúde (NAPIS).

Aos amigos do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas da UFTM, pelo apoio constante e por ter tornado possível minha participação no mestrado.

Aos docentes da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) da UFTM, pelo apoio e por ter permitido a realização da pesquisa no ambulatório. Em especial ao Dr. Dalmo Correia Filho, que colaborou na concepção desse trabalho.

Aos profissionais e amigos da Unidade e Ambulatório de DIP e da Unidade Dispensadora de Medicamentos. Em especial a Marita, Gizele e Lorena, que muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

A toda equipe de coleta de dados.

A todos os participantes da pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível.

Agradeço especialmente as minhas queridas orientadoras:

A **Professora Dra. Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte**, por ter aceitado me orientar, por ter me permitido seguir com meu tema e pelo incentivo e estímulo constante do pensamento crítico. Se "*...nos sonhos, entramos num mundo que é inteiramente nosso...*" (A.D), muito obrigada princesa por ter me permitido sonhar e seguir sonhando.

E a **Professora Dra. Sabrina Martins Barroso**, que me ajudou a superar limitações, que não foram poucas, proporcionando inúmeros momentos de aprendizagem e construção do conhecimento científico, confirmando que "*Hogwarts sempre ajudará aqueles que a ela recorrerem*". Muito obrigada Sabrina por restabelecer minha confiança em escrever e acreditar que eu poderia ser uma pesquisadora.

Não poderia deixar de agradecer também aos colegas e aos amigos do mestrado. Em especial, ao meu Reizinho Lucas, minha querida e doce Mari e a querida Miss Deise. Cresci muito junto com vocês, vocês me ajudaram a não desistir nos momentos mais difíceis, seguraram minha mão e disseram: vamos. Se "*Pode-se encontrar a felicidade mesmo nas horas mais sombrias se a pessoa se lembrar de acender a luz*" (A.D.), vocês me iluminaram.

A todos vocês, o meu profundo agradecimento.

Tecendo a Manhã.

"Um galo sozinho não tece a manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro: de outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzam
os fios de sol de seus gritos de galo
para que a manhã, desde uma tela tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão".

(João Cabral de Melo Neto, 1966).

SUMÁRIO

Resumo	10
Abstract	12
Apresentação da Dissertação	14
Considerações iniciais da Dissertação	15
Estudo 1	
Resumo	22
Introdução, justificativa e objetivo	24
Método	27
Resultados	29
Discussão	36
Considerações Finais	39
Referências	40
Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos de acordo com o PRISMA	50
Tabela 1. Distribuição dos 125 artigos analisados segundo variáveis selecionadas	51
Tabela 2. Categorias e variáveis associadas à adesão à TARV	52
Estudo 2	
Resumo	54
Introdução, justificativa e objetivo	56
Método	58
Resultados	62
Discussão	65
Considerações Finais	71
Referências	72
Tabela 1. Distribuição da frequência das características sociodemográficas selecionadas	80
Tabela 2. Distribuição da frequência das características relacionadas aos aspectos clínicos e ao uso da Terapia Antirretroviral	82
Tabela 3. Distribuição da frequência das características relacionadas aos hábitos de vida, apoio social e condições emocionais	84
Tabela 4. Distribuição da frequência das características relacionadas a percepção do serviço de saúde e ao conhecimento sobre HIV/aids e TARV	86
Tabela 5. Adesão ao tratamento antirretroviral de acordo com cada medida de adesão	88
Considerações Finais da Dissertação	89
Referências da Dissertação	90
Apêndices	
Apêndice A- Questionário desenvolvido para pesquisa.	107
Apêndice B- Questionário de dados de medidas antropométricas e dados coletados em prontuário e na farmácia	118
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
Anexos	
Anexo A- Escala DASS- 21	123

RESUMO

A aids gera uma imunodeficiência grave, infecções e neoplasias associadas, podendo levar à morte. Por seu caráter pandêmico e gravidade, representa um problema mundial de saúde pública. Durante as últimas décadas a disponibilidade da Terapia Antirretroviral (TARV) levou a uma diminuição relevante da morbi-mortalidade relacionada ao HIV/aids. Desse modo, a infecção passou a ser entendida como uma doença crônica. Os benefícios da TARV, contudo, não são alcançados se não houver adesão ao tratamento. A literatura aponta a importância de investigações nessa temática e a necessidade dos serviços de saúde conhecerem o perfil e a adesão de seus usuários. Assim, o principal objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil e a adesão à TARV de Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) de uma cidade do interior de Minas Gerais. A adesão foi definida utilizando duas medidas para aferi-la: o questionário validado para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) e o registro de dispensação da TARV. Esse objetivo foi alcançado com a realização de dois estudos. Inicialmente, procedeu-se uma revisão integrativa de literatura, norteada pela pergunta “Quais fatores identificados na literatura estão associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos vivendo com HIV/aids?”, construída a partir da estratégia PICO. Foram analisados 125 artigos, publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, quanto as características dos estudos, medidas de adesão e fatores associados. Os resultados mostraram grande variação na definição da adesão e no uso das medidas para seu monitoramento, além de diversos fatores associados à adesão. Esses foram agrupados em categorias, sendo elas: 1. variáveis individuais; 2. características do tratamento; 3. características da infecção pelo HIV/aids; 4. relação com o serviço de saúde e 5. apoio social. Esse estudo apontou para a necessidade do monitoramento contínuo da adesão. Em seguida, realizou-se um estudo descritivo com 190 participantes, com objetivo de caracterizar o perfil dos usuários e a adesão à TARV de PVHA atendidas em um ambulatório de infectologia de

uma cidade no interior de Minas Gerais. Os instrumentos utilizados foram: 1. Questionário elaborado para a pesquisa, construído a partir da revisão de literatura, com enfoque nas características sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, apoio social, relação com o serviço de saúde e conhecimento sobre HIV/aids e TARV; 2. Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS- 21); 3. Questionário CEAT-VIH para avaliação da adesão; 4. Questionário de dados nutricionais e de dados de Dispensação dos Antirretrovirais. Dos participantes, 51,6% eram homens, idade média de 44,9 anos (DP \pm 12,0), com baixa renda (66,2%) e baixa escolaridade (60,5%). A média de CD4 foi de 596 cels/mm³ (D.P. \pm 352,2). A maioria tinha 10 anos ou mais de infecção (54,2%) e apresentava carga viral indetectável (68,9%). Uma grande parte (44,4%) fazia uso de TARV há mais de 10 anos. Conforme o registro na farmácia e o CEAT-VIH, foram considerados aderentes 11,1% e 69,0% dos entrevistados, respectivamente. Foram encontradas taxas altas de não adesão, reforçando a importância de que os serviços caracterizem seus usuários e monitorem continuamente a adesão aos antirretrovirais para a detecção precoce da não-adesão e estabelecimento de planos efetivos de intervenção.

Palavras- chave: HIV. Aids. Perfil.Terapia Antirretroviral. Adesão à medicação.

ABSTRACT

Aids cause severe immunodeficiency, associates infections and neoplasms which can lead to death. Due to its pandemic potential and severity, it is considered a global health issue. The antiretroviral therapy (ART) has reduced morbidity and mortality of HIV/aids, which is now recognised as a chronic disease. But the ART benefits are not achieved without treatment adherence. The literature points the value of the investigation at this matter and the need of the health service knows the users profile and them adherence. This way, the main objective in this study was characterize user's profiles and adherence to TARV in people living with HIV/aids (PLHA) in a country town of the Minas Gerais state. Two measures instruments were used to check the adherence: the validated questionnaire CEAT-VIH and ART pharmacy registry. This objective was divided into two studies. At first, a literature integrative revision guided by a question formulated based on PICO strategy: "What factors identified in the scientific literature are associated with adherence to antiretroviral therapy in adults living with HIV/aids?". We analyzed 125 articles regarding the studies characteristics, adherence measures and associated factors, published between January 2010 and December 2016. The results showed a major variation to the adherence definition and monitoring measures, besides the several factors related to adherence. Those were categorized as: 1- individual variables, 2- treatment characteristics, 3- HIV/aids infection characteristics, 4- relation with the health service, 5- social support. This study showed the need of continuous adherence monitoring. Then, a 190 participants descriptive study were made to show the users profile characteristics and ART adherence in PLHA at the same country town of the Minas Gerais state. The instruments used were: 1. A questionnaire developed to the research, based on the literature review, that had a focus on sociodemographic, clinical characteristics, life habits, social support, relationship with the health service and knowledge about HIV/aids and ART; 2. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); 3. CEAT-VIH questionnaire, to assess

adherence; 4. Nutrition data and Antiretroviral Dispensing data questionnaire. Among all participants, 51.6% were male, mean age of 44.9 years (SD: 12.08), low income (64.7%) and low education (57.8%). The mean CD4 count was 596 cells/mm³ (S.D. \pm 352,28). The majority had 10 years or more of infection (54.2%) and had an undetectable viral load (68.9%). A large proportion (44.4%) had been using ART for more than 10 years. According to the pharmacy registry and CEAT-VIH, 11.1% and 69.0% of respondents were, respectively, considered adherents. Nonadherence high rates were found, indicating the need for health service to know the profile users and continuously monitor adherence to ART treatment to detected early non-adherence and create effective intervention plans.

Keywords: HIV. Aids. Profile. Antiretroviral Therapy. Medication adherence.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação insere-se na linha de Pesquisa Psicologia e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sendo apresentada em dois estudos complementares, em formato de artigo científico, atendendo às normas do PPGP. O interesse e inquietações por esse tema surgiram a partir do meu trabalho como psicóloga dentro de uma enfermaria e ambulatório de infectologia de um Hospital de Clínicas, em que percebi a complexidade de se viver com HIV/aids, da adesão aos antirretrovirais, bem como as consequências da não-adesão. Acrescento, ainda, o fato de observar muitos jovens, com menos de 25 anos, recebendo o diagnóstico inicial de retrovírose já apresentando uma imunodeficiência avançada e um grave estado clínico em decorrência de infecções associadas ao HIV/aids. Muitos morreram sem ao menos ter a possibilidade de iniciar o tratamento, reforçando que a infecção por HIV/aids ainda é um grande problema de saúde pública.

O primeiro estudo se refere a uma revisão integrativa de literatura cujo objetivo foi identificar os fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) em adultos. Foram consultadas as bases MEDLINE, SciELO, LILACS e PePSIC e incluídos artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. Foram analisados 125 artigos, quanto às características dos estudos, medidas de adesão e fatores associados. Esse trabalho permitiu um aprofundamento do conhecimento nessa temática e a construção do questionário elaborado para o estudo 2. O segundo artigo é um estudo empírico, cujo objetivo foi delinear o perfil e descrever a adesão à TARV de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) atendidas em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um Hospital Universitário de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais. Nessa pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: 1. Questionário elaborado para a pesquisa (Apêndice A); 2. Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*, DASS- 21 (Anexo A); 3. Questionário para avaliação da

adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH, do espanhol Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral), esse não constará em anexo a pedido do autor do questionário e 4. Questionário de dados nutricionais e de dados de Dispensação dos Antirretrovirais (Apêndice B). Ressalta-se que todos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) antes de serem entrevistados. Após a apresentação dos artigos é apresentada uma conclusão com base nos achados dos dois estudos.

Considerações iniciais

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, aids, surgiu como nova entidade nosológica no início da década de 1980. A aids é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), que gera imunodeficiência grave e, por consequência, o surgimento de infecções e neoplasias associadas, podendo levar a morte. A aids é considerada um fenômeno de largas proporções e, por seu caráter pandêmico e gravidade, representa um grande problema mundial de saúde pública (Maich, 2012).

O HIV pertence à família dos retrovírus. São conhecidos os vírus HIV-1 e HIV-2. A maioria dos casos de aids resulta da infecção pelo HIV-1. Os eventos do adoecimento pelo HIV estão associados com a infecção de um subconjunto de linfócitos conhecidos como CD4, que exercem papel central na imunidade celular (Oliveira, 2002). Pode-se levar vários anos entre o momento da infecção pelo HIV até o surgimento da aids. A transmissão do HIV ocorre por meio do contato de fluidos corporais infectados, como o sangue, secreções vaginais, sêmen e leite materno (Brasil, 2017a).

O Ministério da Saúde define a fase da infecção aguda pelo HIV como as primeiras semanas da infecção, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soro conversão), que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. A sorologia para a infecção pelo

HIV é geralmente negativa nessa fase. A infecção inicial pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominada Síndrome Retroviral Aguda. Nesta fase o potencial da pessoa infectada transmitir o vírus é maior. Já na fase de latência clínica a contagem de linfócitos T-CD4 permanece acima de 350 células/mm³. O HIV está ativo, mas se multiplica em níveis baixos (Brasil, 2015b).

A próxima fase seria aquela em que a aids estaria estabelecida. Em 1992 o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) definiu a síndrome pelo grau de imunossupressão da pessoa, indicado pela contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³ e/ou a presença de várias complicações e infecções associadas (Oliveira, 2002). As infecções associadas ao HIV/aids mais comuns são: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus, herpes zoster, candidíase esofágica e orofaríngea e histoplasmose. As neoplasias mais comuns são sarcoma de kaposi, linfoma não hodgkin e câncer de colo uterino (Brasil, 2015b).

Durante as últimas décadas a disponibilidade da TARV levou a uma diminuição relevante da morbi-mortalidade relacionada ao HIV/aids (Polejack & Seidl, 2010). Compreende-se que a principal função da TARV é retardar a progressão da infecção por HIV mantendo os níveis de carga viral baixos, indetectáveis. Para que isso ocorra, a TARV age em diferentes “fases” da replicação do vírus, por meio de diferentes tipos de fármacos, com o objetivo de impedir essa replicação (Maich, 2012). Entre os benefícios advindos deste tratamento estão o aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares, redução da incidência de infecções oportunistas, da transmissão vertical do HIV, a melhoria da qualidade de vida, além da manutenção da produtividade dos indivíduos. Desse modo, a infecção, que quase invariavelmente conduzia a pessoa infectada à morte, passou a ser compreendida como uma doença crônica, com possibilidades de controle (Polejack & Seidl, 2010).

Os medicamentos antirretrovirais, contudo, podem ocasionar efeitos colaterais. Entre os mais frequentes tem-se: diarreia, vômitos, náuseas, erupções cutâneas avermelhadas, agitação, insônia e sonhos vívidos. Alguns desses sintomas ocorrem no início do tratamento e tendem a desaparecer em dias ou semanas, existindo alternativas para administrá-los. Há pessoas, também, que não apresentam reações adversas como o uso da TARV. PVHA podem apresentar alterações em longo prazo resultantes da ação do HIV e associadas aos efeitos tóxicos dos antirretrovirais. Esses podem ocasionar danos renais, hepáticos, estomacais, intestinais, neuropsiquiátricos e ósseos, além de alterações no metabolismo, provocando lipodistrofia (mudança na distribuição de gordura no corpo), dislipidemia, diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, entre outras doenças (Brasil, 2017a).

Historicamente, em 1986 a agência norte-americana reguladora de medicamentos e alimentos aprovou a Zidovudina para o tratamento da aids. No Brasil esse medicamento passou a ser distribuído em 1991. Nesse início a TARV baseava-se na monoterapia, ou seja, apenas no uso de um tipo de medicação. Com a evolução nas pesquisas novas drogas foram surgindo, ampliando as opções de tratamento. Entre 1993 e 1994 desenvolveram-se os primeiros estudos sobre a combinação de medicamentos, a TARV dupla. Já a TARV tríplice, ou TARV altamente potente, um esquema medicamentoso eficaz no combate à infecção pelo HIV/aids, tornou-se padrão mundial em 1996 (Rossi, Maluf, Carvalho, Ribeiro, & Battaglin, 2012).

No ano de 2015, aproximadamente 36,7 milhões de pessoas estavam infectadas com o vírus HIV e 17 milhões tinham acesso ao tratamento. Nesse ano foram registradas 1,1 milhão de mortes relacionadas à infecção (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2016). Desde o início da epidemia no Brasil, até junho de 2016, foram registrados no país 842.710 casos de HIV/aids (Brasil, 2016).

O Brasil assumiu no México, em reunião da Organização Panamericana de Saúde (Opas) o compromisso com as metas 90- 90- 90. Metas reconhecidas pela UNAIDS em 2014, nas quais os países devem atingir até 2020: 90% de PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em uso de TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão viral (Brasil, 2015a), perfazendo-se um grande desafio o alcance dessa meta.

Polejack e Seidl (2010) salientam que entre as estratégias para combater a epidemia no mundo, destaca-se o programa brasileiro de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV. No Brasil, com a Lei 9113/96, garantiu-se o acesso gratuito da TARV para todas as PVHA (Brasil, 1996).

Em dezembro de 2013 o Brasil deu outro passo inovador para a resposta à epidemia, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início precoce da TARV para todos portadores de HIV. Os esquemas terapêuticos atuais estão mais simplificados, com a disponibilidade de combinações de medicamentos cujo uso é mais fácil. Nesse processo tem destaque o início da distribuição pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2014, da dose tripla combinada de Efavirenz, Lamivudina e Tenofovir, o chamado três em um (Brasil, 2014).

Em 2017 houve uma importante incorporação pelo SUS aos fármacos antirretrovirais, o Dolutegravir, da classe dos inibidores de integrase, que apresenta como vantagens: alta potência, alta barreira genética, administração em dose única diária e poucos efeitos colaterais, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros. A partir desse ano o tratamento antirretroviral inicial de referência para adultos vivendo com HIV/aids deixou de ser o 3 em 1 e passou a ser 1 comprimido de Dolutegravir e 1 comprimido combinado de Tenofovir e Lamivudina (Brasil, 2017b).

Permanecem vários desafios, contudo, para o uso regular da TARV, que requerem o envolvimento de todos: paciente, equipe de saúde, família e demais pessoas da rede social de

apoio da PVHA. O HIV/aids ainda não tem cura e a eficácia do tratamento depende necessariamente do uso adequado da TARV para toda a vida (Polejack & Seidl, 2010). Os benefícios da TARV não são alcançados se não houver adesão ao tratamento, e a adesão entre pessoas com problemas crônicos de saúde é considerada uma questão complexa e de difícil manejo (Lima, 2006).

A adesão a um fármaco envolve sua tomada na dose e frequência prescritas e também a realização de exames e consultas conforme solicitados (Brasil, 2015b). O processo de adesão é dinâmico e multideterminado (Polejack & Seidl, 2010), um processo complexo, estando relacionado a uma relação de confiança e vínculo entre equipe de saúde e usuário do serviço (Bonolo, Gomes, & Guimarães 2007).

Não há um consenso universal para definições de boa e má adesão. Rocha et al. (2010) apontam que, nos estudos sobre adesão, essa foi estabelecida em um ponto de corte que variou de 80 a 100% do uso das doses prescritas. É importante destacar que devido à alta e constante taxa de replicação e mutação do HIV, pelo menos 95% de adesão ao tratamento medicamentoso é necessária para manter a carga viral do HIV indetectável (Paterson et al., 2000). Com base nesses autores, na presente pesquisa o ponto de corte de adesão à TARV adotado será de 95% de uso dos antirretrovirais segundo a prescrição médica.

Medidas de adesão são consideradas apenas uma estimativa do comportamento atual da pessoa em relação ao seu tratamento (Lima, 2006). Dentre os métodos utilizados para avaliação da adesão, tem-se medidas indiretas como autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros referentes à retirada de medicamentos. Existem também as medidas diretas como detecção dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue. Contudo, não há uma medida padrão para aferi-la e monitorá-la, portanto recomenda-se a combinação de dois ou mais métodos para tal (Polejack & Seidl, 2010).

Algumas variáveis preditoras da adesão já foram identificadas e podem ser agrupadas em categorias, que incluem: o paciente; a rede social; o profissional de saúde e sua relação com o paciente, o serviço de saúde, a doença e o regime terapêutico (Rocha et al., 2010). Bonolo et al. (2007) destacam as características sociodemográficas, os fatores psicossociais associados à vulnerabilidade ao HIV/aids, o acesso e uso de serviços de saúde, o tratamento propriamente dito, a percepção da doença e a gravidade da doença no processo de adesão.

Entre os fatores dificultadores da adesão, em países com níveis diversos de desenvolvimento, são apontados pelos estudos o medo da descoberta do diagnóstico, presença de sintomatologia psicopatológica, uso abusivo de substâncias psicoativas, esquecimento, ausência de compreensão dos benefícios do tratamento, falta de informação sobre os riscos advindos da não adesão e esquemas de medicação complicados. Já limitações financeiras e dificuldades de acesso ao tratamento foram peculiares aos países em desenvolvimento. Como aspectos facilitadores foram encontrados sentimentos de autovalorização de PVHA, altos níveis de autoeficácia para aderir ao tratamento, percepção positiva da TARV, aceitação da soropositividade, uso de estratégias para lidar com o esquecimento e compreensão acerca da necessidade de níveis elevados de adesão (Ceccato, Acurcio, Bonolo, Rocha, & Guimarães, 2004; Faustino & Seidl, 2010; Polejack & Seidl, 2010).

A adesão à TARV deve ser compreendida como objetivo principal dos serviços de saúde de referência ao atendimento às PVHA (Rocha, Machado, Acurcio, & Guimaraes, 2011; Brasil, 2014), sendo importante a realização de investigações nessa área (WHO, 2003), haja vista que dentre as consequências da não adesão ao tratamento tem-se duas condições imediatas: o surgimento de resistência, com falência terapêutica e a emergência de cepas do vírus HIV resistentes aos medicamentos disponíveis (Junior, Greco, & Carneiro, 2001; Brasil

2014). A adesão aos antirretrovirais além de implicar na saúde individual, está associada à potencial transmissão da infecção em nível coletivo (Brasil, 2014).

Segundo Zitko et al. (2016), a epidemia por HIV/aids apresenta aspectos epidemiológicos heterogêneos. Há países nos quais a epidemia está generalizada e aqueles em que a infecção se concentra em determinadas populações, e tais diferenças se apresentam tanto em relação as nações, como também dentre as regiões de um mesmo país. Nesse sentido, a literatura aponta a necessidade dos serviços de saúde conhecerem o perfil de seus clientes, com vistas ao estabelecimento de estratégias para melhorar a adesão e a qualidade de vida de seus usuários (Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006; Bonolo et al., 2007; Polejack & Seidl, 2010; Rocha et al., 2011). Ainda que estudos sobre avaliação da não adesão e suas consequências venham se tornando cada vez mais conhecidos, no Brasil, pesquisas sobre esse tema ainda são recentes, principalmente no interior do país (Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015).

A partir disso e da ausência de informação sobre o perfil e o número de usuários aderentes à TARV em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um Hospital Universitário de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, percebe-se a necessidade de pesquisar sobre o tema da adesão aos antirretrovirais nesse serviço. A caracterização da população atendida e da prevalência de adesão abrirá possibilidades de sistematização de medidas de adesão a TARV para o serviço, contribuindo para a detecção precoce dos usuários em risco de não adesão, indo ao encontro do que é recomendado pela literatura desta área do conhecimento.

ESTUDO 1

Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: Revisão integrativa de literatura

Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: Integrative review

Resumo

A aids é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo HIV. Gera imunodeficiência grave e inúmeras infecções associadas, podendo levar à morte. A disponibilidade da Terapia Antirretroviral (TARV) diminuiu a morbi-mortalidade do HIV/aids, mas seus benefícios dependem da adesão ao tratamento. Esta revisão integrativa da literatura visou identificar os fatores associados à adesão à TARV em adultos. Foram consultadas as bases MEDLINE, SciELO, LILACS e PePSIC e incluídos artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. Foram analisados 125 artigos, quanto às características dos estudos, medidas de adesão e fatores associados. Os resultados mostraram grande variação na definição da adesão e no uso das medidas para seu monitoramento, além de inúmeros fatores associados à adesão. Esses foram agrupados em categorias, sendo elas: 1. variáveis individuais; 2. características do tratamento; 3. características da infecção pelo HIV/aids; 4. relação com o serviço de saúde e 5. apoio social. É importante que os serviços caracterizem o perfil dos usuários, sistematizem as medidas de adesão e avaliem regionalmente fatores associados à adesão, para a detecção precoce da não-adesão à TARV e estabelecimento de planos efetivos de intervenção.

Palavras-chave: HIV. Aids. Terapia Antirretroviral. Adesão à medicação.

Abstract

Aids is an advanced clinical manifestation of HIV infection. It generates severe immunodeficiency and associated infections that may lead to death. The availability of antiretroviral therapy (ART) has reduced the morbidity and mortality of HIV/aids, but its benefits depend on ART adherence. This integrative review aimed to identify factors associated with ART adherence in adults. Empirical articles published between January 2010 and December 2016 in the MEDLINE, SciELO, LILACS and PePSIC databases were included. We analyzed 125 articles regarding the characteristics of the studies, adherence measurement and associated factors. The results showed great variation in the definition and measures of adherence and in the factors associated with adherence. That were categorized as follows: 1- individual variables, 2- treatment characteristics, 3- HIV/aids infection characteristics, 4- relation with the health service, 5- social support. It is important that health services characterize the profiles of users, systematize adherence measures and regionally assess factors associated with adherence, for the early detection of nonadherence to ART and implementation of effective intervention plans.

Keywords: HIV. Aids. Antiretroviral Therapy. Medication adherence.

Introdução

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, aids, surgiu como nova entidade nosológica no início da década de 1980. Constituiu-se como uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), que gera imunodeficiência grave e pode acarretar o surgimento de inúmeras infecções e neoplasias associadas, podendo levar à morte (Maich, 2012).

A aids, por seu caráter pandêmico e gravidade, representa um grande problema mundial de saúde pública. Durante as últimas décadas a disponibilidade dos medicamentos antirretrovirais levou à diminuição relevante da morbi-mortalidade relacionada ao HIV/aids e ao aumento da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). A introdução da terapia antirretroviral (TARV) desenvolveu o potencial de transformar a aids, que quase invariavelmente conduzia a pessoa infectada à morte, em uma doença crônica, com possibilidades de controle. Contudo, o HIV/aids ainda não tem cura e a eficácia do tratamento depende necessariamente da adesão à TARV por toda a vida (Polejack & Seidl, 2010).

Em 2015, aproximadamente 36,7 milhões de pessoas estavam infectadas com o vírus HIV e 17 milhões de PVHA tinham acesso ao tratamento (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2016). Entre 1980, início da epidemia no Brasil, até junho de 2016 foram registrados no país 842.710 casos de HIV/aids. Nos últimos anos, destaca-se no país o aumento na taxa de detecção de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos (Brasil, 2016).

O objetivo inicial da TARV não é apenas alcançar, mas sim manter os níveis de carga viral indetectáveis (Bonolo, Gomes, & Guimaraes, 2007; Rocha, Machado, Acurcio, & Guimaraes, 2011; Glass & Cavassini, 2014). Polejack e Seidl (2010) salientam que, entre as estratégias para combater a epidemia mundialmente, destaca-se o programa brasileiro de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV, que passou a existir desde 1996, com a lei 9113/96 (Brasil, 1996).

Historicamente, em 1986, a Agência Norte-Americana Reguladora de Medicamentos e Alimentos aprovou a Zidovudina para o tratamento da aids. No Brasil esse medicamento passou a ser distribuído em 1991. Nesse período a TARV baseava-se no uso de apenas um tipo de medicação. Com a evolução nas pesquisas surgiram novas drogas, ampliando as opções de tratamento. Entre 1993 e 1994 desenvolveram-se os primeiros estudos sobre a combinação de medicamentos, a TARV dupla e depois a TARV tríplice, que se tornou padrão mundial em 1996 (Rossi, Maluf, Carvalho, Ribeiro, & Battaglin, 2012).

A TARV tríplice também é conhecida como Terapia Antirretroviral Potente ou Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia. Ela é composta por duas classes de medicamentos, dependendo da idade e estado de saúde da PVHA. Essas classes de medicamento são separadas conforme a sua ação, sendo elas: inibidores de transcriptase reversa nucleosídeo-nucleotídeo; inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídeos; inibidores de protease; inibidores da fusão e inibidores de integrase (Maich, 2012; Brasil, 2015).

Em dezembro de 2013 o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início precoce da TARV para todas as PVHA, independentemente da carga viral, considerando a motivação e disposição das pessoas infectadas em utilizar a medicação. O país também assumiu, perante a Organização das Nações Unidas, o compromisso com as metas 90-90-90, pelas quais os países devem atingir até 2020 um total de 90% de PVHA diagnosticadas, 90% de PVHA diagnosticadas fazendo tratamento com TARV e 90% das pessoas recebendo TARV com supressão viral (Brasil, 2014).

Para atingir essas metas é necessário que haja adesão ao tratamento. A adesão à TARV é um processo dinâmico, multideterminado e de responsabilidade tanto do paciente (Polejack & Seidl, 2010), apresentando características típicas de acordo com cada faixa etária (Guerra & Seidl, 2009), quanto da equipe de saúde (Bonolo et al., 2007; Rocha et al., 2011).

Trata-se de uma questão complexa, perpassada pela relação de confiança e vínculo entre equipe de saúde e usuário do serviço (Bonolo et al., 2007).

A adesão a um fármaco envolve sua tomada na dose e frequência prescritas (Brasil, 2015), mas não há consenso na literatura para definições da boa e má adesão (Rocha et al., 2011). Os primeiros estudos sobre adesão descreveram que, devido à alta e constante taxa de replicação e mutação do HIV, pelo menos 95% de adesão ao tratamento medicamentoso seria necessária para manter a carga viral do HIV indetectável (Paterson et al., 2000). Glass e Cavassini (2014) indicaram que regimes potentes de TARV são capazes de manter a supressão viral em taxas de adesão inferiores a 95%. Mas Rocha et al. (2011) apontam que a maioria dos estudos sobre o tema consideram que há adesão quando os pacientes utilizam entre 80 e 100% das doses prescritas.

Assim como a frequência de utilização não conta com consenso, há muitas formas de verificação da adesão. Dentre os métodos mais utilizados destacam-se as medidas indiretas, como autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros referentes à retirada de medicamentos. Existem também as medidas diretas, como detecção dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue (Bonolo et al., 2007; Polejack & Seidl, 2010; Rocha et al., 2011).

A adesão é uma das principais variáveis nas quais os serviços de saúde podem intervir para aumentar a eficácia do tratamento do HIV/aids, mas permanecem vários desafios relacionados a essa temática (Polejack & Seidl, 2010; Brasil, 2014). Considerando sua importância, entende-se que a sistematização dos fatores associados à adesão já identificados é útil para pensar estratégias para sua implementação. Desse modo o objetivo desta revisão integrativa é identificar na literatura fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos.

Método

Tipo de estudo

Revisão integrativa de literatura, visando à síntese do estado do conhecimento relacionado a um determinado assunto e apontando possíveis lacunas que requerem novas pesquisas (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Para o presente trabalho a pergunta de pesquisa foi definida a partir da estratégia PICO que prevê a definição do participante (P), intervenção (I), comparação (C) e desfecho/*outcomes* (O) (Harris, Quatman, Manring, Siston, & Flanigan, 2014). Pretende-se responder à questão norteadora: Quais fatores identificados na literatura (O) estão associados à adesão a Terapia Antirretroviral (I) em adultos vivendo com HIV/aids (P)?

Percurso de Seleção dos Artigos

A seleção dos artigos ocorreu em abril de 2016 e maio de 2017 e focou em artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, publicados em português, inglês e espanhol. Tal busca foi realizada por dois juízes independentes. Caso houvesse discordância entre os revisores quanto à adequação do estudo havia uma avaliação por um terceiro juiz. Foram realizadas buscas nas bases de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC).

Nas bases de dados LILACS, SciELO e PePSIC o termo adesão foi cruzado com os seguintes descritores: HIV, aids, síndrome de imunodeficiência adquirida, terapia antirretroviral de alta atividade, antirretroviral, terapia antirretroviral, fatores, sendo que nessas bases as buscas procederam também com as versões em inglês e espanhol dos termos escolhidos, cada um por vez. No processo de busca na MEDLINE, por características dessa base de dados, utilizou-se somente os descritores em inglês.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: 1. artigos empíricos que identificassem fatores associados à adesão à TARV, 2. publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português; 3. que empregassem abordagem quantitativa, 4. realizados com PVHA com faixa etária a partir de 18 anos e 5. que estivessem disponíveis gratuitamente para leitura integral na Internet.

Foram definidos como critérios de exclusão: 1. estudos duplicados; 2. estudos que empregassem abordagem qualitativa; 3. artigos de revisão de literatura; 4. estudos teóricos, relatos de casos, dissertações, teses, capítulos de livros, consensos, suplementos ou comentários do editor; 5. estudos que avaliassem intervenções/estratégias de adesão, programas, serviços e políticas públicas relacionados à adesão à TARV; 6. trabalhos sobre elaboração e validação de instrumentos científicos; 7. trabalhos que abordassem adesão à TARV em crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids, pela peculiaridade das condições de acesso à TARV e características típicas dessa faixa etária; 8. estudos que abordassem transmissão vertical do HIV e adesão à TARV em gestantes e puérperas vivendo com HIV/aids, pela peculiaridade do tratamento antirretroviral. Para verificar se os artigos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se uma avaliação por dois revisores independentes, obedecendo a seguinte ordem: 1. títulos de todos os estudos identificados; 2. resumos dos estudos selecionados na fase anterior; e 3. leitura completa dos textos selecionados. Após a exclusão dos artigos que não cumpriram com os critérios de inclusão, foi realizado um fichamento de todos os artigos que compuseram o *corpus* de análise desse estudo, com os seguintes dados: ano e local de publicação, delineamento do estudo, tamanho da amostra, medidas de adesão utilizadas, níveis de adesão e principais fatores associados à adesão.

Resultados

Foram identificados 2492 títulos. A base com maior número de artigos foi a MEDLINE (1528), seguida por SciELO (676), LILACS (249) e PePSIC (39). Inicialmente foram excluídos 490 estudos duplicados. Em seguida houve a exclusão de 1675 artigos pelos seguintes motivos: 1211 estudos que não abordavam fatores associados à adesão à TARV; 113 artigos com menores de 18 anos; 105 estudos relacionados à avaliação de intervenções/estratégias de adesão, programas, serviços e políticas públicas relacionados à adesão à TARV; 72 estudos de revisão de literatura; 53 estudos sem resumo; 43 estudos classificados como teses, consensos e estudos teóricos; 37 estudos relacionados a transmissão vertical do HIV, gestantes e puérperas; 31 estudos com abordagem qualitativa e 10 estudos relacionados à elaboração e validação de instrumentos científicos. Assim, restaram 327 artigos para leitura na íntegra. Dessas publicações, 164 foram recuperadas para leitura integral gratuita e, após essa leitura, 39 publicações foram excluídas. Os motivos para exclusão foram: 31 publicações não abordavam fatores associados à adesão à TARV; 4 artigos relacionados à avaliação de intervenções/estratégias de adesão; 3 estudos com menores de 18 anos e 1 estudo teórico. Dessa forma, ao final da seleção foram incluídos 125 artigos, que constituíram a amostra final desse estudo. A Figura 1 apresenta o fluxograma de estratégia de seleção dos estudos de acordo com as normas PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

Inserir Figura 1

Características dos Estudos

Inserir Tabela 1

O ano com maior número de estudos publicados foi 2011 ($n = 24$; 19,2%). Segundo a Tabela 1, nota-se uma ampla distribuição geográfica nos estudos desenvolvidos, contudo, quase metade das pesquisas se deu na América do Norte ($n = 61$; 48,8%), sendo 56 realizados nos Estados Unidos. No Brasil foram publicados 13 estudos. Ressalta-se que quatro trabalhos

foram desenvolvidos em mais de um país (Nokes et al., 2012; Langebeek et al., 2014; Safren et al., 2015; Koole et al. 2016).

Com relação ao tamanho das amostras, a maioria dos estudos ($n = 65$; 56,8%) foi realizada com uma faixa de 101 a 500 participantes e apenas 2 (2,6%) contaram com tamanho amostral inferior a 50. A pesquisa com menor número amostral foi a de Keuroghlian et al. (2011), com 43 participantes e a pesquisa com maior amostra foi a de Murphy et al. (2012), que contou com a participação de 14.128 pessoas.

Os grupos de pessoas que compuseram a amostra variaram nos artigos analisados. Houve 1 trabalho feito com pessoas com idade acima de 50 anos (Bianco, Heckman, Sutton, Watakakosol, & Lovejoy, 2011), 1 trabalho com PVHA coinfectadas com tuberculose (Lemos et al., 2016), 3 com pessoas em início da TARV (Buscher, Hartman, Kallen, & Giordano, 2012; Bonolo et al, 2013; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015), 5 com usuários de drogas ilícitas (Tapp et al., 2011; Milloy et al., 2011; Blashill, Gordon, & Safren, 2012; Newville, Berg & Gonzales, 2015; Lee et al., 2016), 6 com mulheres, como no trabalho de Jones et al. (2010) e 6 com homens, exemplificado no estudo de Knowlton et al. (2011). Dentre os estudos analisados, 54 (43,5%) enquadram-se no delineamento de corte transversal, como em Silva et al. (2015), 40 (32,0%) foram do tipo longitudinal, incluindo estudo de coorte prospectivo, como em Lee et al. (2016) e retrospectivo (Scott- Sutton, Magagnoli, & Hardin, 2016), 8 (6,4%) foram do tipo clínico randomizado, como o de Safren et al. (2015), 1 do tipo caso-controle (Rego, Oliveira, Rego, Santos, & Silva, 2011) e 22 (17,6%) artigos não informaram seu delineamento.

Definição e medidas de adesão

Verificou-se que o ponto de corte estabelecido para adesão variou entre 75% a 100% do uso das doses de medicação prescritas, sendo a adesão delimitada em 95% para 45 trabalhos revisados (36,0%). Cinco trabalhos definiram a adesão considerando diferentes

subníveis (Kalichman et al., 2010; Venkatesh et al., 2010; Becker, Thames, Woo, Castellon, & Hinkin, 2011; Kalichman et al., 2015; Scott- Sutton et al., 2016). Por exemplo, Kalichman et al. (2010) consideraram adesão regular (75% do uso da medicação), boa (85%) e ótima (95%). Dois estudos definiram a adesão em dias de atraso na retirada da medicação na farmácia (Fonseca et al., 2012; Busher et al., 2012).

Para aferir adesão, 81,6% dos estudos utilizaram apenas uma medida. Dentre as medidas utilizadas, a maioria das pesquisas empregou o autorrelato sobre o uso da medicação (70,4%). Os trabalhos que utilizaram essa medida inqueriram sobre a utilização de medicação por prazos variados, entre 24 horas e 9 meses. Alguns trabalhos optaram por utilizar o autorrelato em diferentes períodos de tempo, visando diminuir o viés da memória. Um desses trabalhos foi o de Lehavot et al. (2011) que avaliou a adesão considerando 2 semanas, 3, 6 e 9 meses, pelo questionário *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ). Enquanto o estudo de Dagli-Hernandez, Lucchetta, Nadai, Galduróz, & Carvalho Mastroianni (2016) utilizou duas medidas de autorrelato, o SMAQ e o *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* (CEAT-VIH).

Dentre as escalas e questionários de autorrelato validados, os instrumentos mais adotados para mensuração da adesão foram o *Adults AIDS Clinical Trials Group* (n = 17), utilizado na pesquisa de Bianco et al. (2012), seguido pela Escala Visual Analógica de Adesão - VAS (n = 13), utilizada em Murphy et al. (2011), pelo CEAT-VIH (n = 7), empregado por Dagli-Hernandez et al. (2016) e pela SMAQ (n = 6), utilizada por Knowlton et al. (2011). O Índice do *Center for Adherence Support Evaluation*, utilizado por Morojele, Kekwalestwe e Nkosi (2014), e a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky, empregada por Kader, Govender, Seedat, Koch e Parry (2015) foram utilizados em três estudos cada um. O Questionário de Variáveis Psicológicas e Comportamentos de Adesão (VPAD-21) foi usado somente em um estudo (Ramírez & López, 2011).

A segunda medida de adesão mais utilizada foi o registro de dispensação na farmácia (n = 25, 20,0%), utilizada por Fonseca et al. (2012), seguida pela contagem de comprimidos (n = 19, 15,2%), empregada por exemplo por Yaya et al. (2014) e pelo dispositivo de monitoramento eletrônico da medicação. Esse dispositivo é colocado na tampa do frasco da medicação e foi usado em 17 pesquisas (13,6%), como na de Knowlton et al. (2011), todas realizadas nos Estados Unidos. Outras medidas adotadas incluíram a carga viral indetectável (n = 2), utilizada por Dagli-Hernandez et al. (2016), e o registro em prontuário médico (n = 2), empregado por Silva et al. (2015).

Vinte e três estudos (18,4%) utilizaram mais de uma medida de adesão, mas houve variação nas medidas adotadas. Um exemplo foi o trabalho de Silva et al. (2015), que utilizou como medidas de adesão dados coletados em prontuário e registro na farmácia. Enquanto a pesquisa de Yaya et al. (2014) aferiu a adesão utilizando autorrelato, contagem de comprimidos e taxa de renovação das prescrições durante três meses.

Nível de Adesão

Dentre os estudos analisados, 86 (68,8%) apresentaram o grau de adesão encontrado. A menor adesão aferida foi de 20,0%, identificada no trabalho de Cedillo, Castro, Delgado e Cappello (2011). Esse trabalho foi conduzido no México e examinou a relação entre alguns indicadores de enfermidades mentais e adesão terapêutica. A maior adesão foi relatada por Sumari-de Boer, Sprangers, Prins e Nieuwkerk (2012) com minorias étnicas na Holanda e imigrantes holandeses, avaliando a adesão segundo autorrelato e dispensação na farmácia. Pela medida de autorrelato os autores observaram adesão de 96,0% para os imigrantes e 99,0% para minorias étnicas, enquanto pela dispensação na farmácia observou-se 89,0% de adesão entre imigrantes e 95,0% entre minorias étnicas.

Percebe-se que o nível de adesão varia em diversos países. Como exemplo, uma taxa de adesão de 78,4% foi encontrada no Togo (Yaya et al.,2014), enquanto que, nos Estados

Unidos, Knowlton et al. (2011) descreveram um grau de adesão de 83,0%. Essa variação foi percebida inclusive em um mesmo país, como observado em diferentes trabalhos realizados no México, em que foram observadas taxas entre 20,0% (Cedillo et al., 2015), 47,0% (Piña, Sánchez-Sosa, Fierros, Ybarra, & Cázares, 2011) e 68,0% de adesão (Ramírez & López, 2011).

Fatores associados à adesão

Um total de 64,8% (n = 81) das pesquisas buscou explorar a relação de um fator único com a adesão, enquanto o restante objetivou identificar múltiplos fatores relacionados à adesão. As variáveis associadas à adesão foram agrupadas em cinco categorias, com base nos resultados principais dos 125 artigos analisados, sendo elas: 1. variáveis individuais; 2. características do tratamento; 3. características da infecção pelo HIV/aids; 4. relação com o serviço de saúde e 5. apoio social. Esses fatores estão sumarizados na Tabela 2, que também contém exemplos de trabalhos que abordaram os referidos fatores. Reitera-se que os artigos citados como exemplos podem ter outros resultados importantes, além dos destacados.

Inserir Tabela 2

Variáveis individuais

Nessa categoria foram incluídas variáveis relacionadas a fatores que caracterizam os participantes, tais como idade, gênero, cor de pele/etnia/grupo demográfico, escolaridade, situação empregatícia, renda, estado civil, moradia, insegurança alimentar e zoonoses, ou seja, múltiplas interconexões entre as condições de saúde e aspectos psicossociais. Inclui, ainda, hábitos de vida (uso de vitamina C, fazer exercícios, qualidade do sono e fazer uso de lembretes no celular), aspectos neuropsicológicos e espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade foi considerada como um sentimento íntimo existencial de busca pelo sentido de viver e estar no mundo e religiosidade como um conjunto de crenças e práticas

pertencentes a uma doutrina, compartilhada por um grupo de pessoas (Murakam & Campos, 2012).

Dentre estes fatores, destaca-se a influência do gênero, mesmo mostrando relações contraditórias. Por exemplo, alguns estudos indicaram que mulheres teriam adesão mais baixa (Tapp et al., 2011), enquanto outros indicaram que ser homem seria um fator associado à baixa adesão (Eyassu, Mothibam, & Mbambo-Kekana, 2016). A cor de pele/etnia/grupo demográfico também foi frequentemente associada à adesão. Nos estudos revisados ter a cor de pele preta e possuir baixa renda foram associados à baixa adesão (Simoni et al., 2012).

Na categoria variáveis individuais também se encontram fatores relacionados ao uso de drogas lícitas (álcool, anfetaminas, uso abusivo de medicamentos e cigarro) e uso de drogas ilícitas. Destaca-se aqui o uso de álcool, que foi citado como relevante preditor da não adesão em 14 estudos, entre eles o trabalho de Rego et al. (2011).

Variáveis psicológicas também se apresentaram como significativo fator associado à adesão, sendo divididas em variáveis psicológicas negativas, que se mostraram preditoras de baixa adesão, e positivas, que auxiliaram na adesão. Entre as variáveis negativas estão o sofrimento psíquico, angústia, estresse, sofrer violência e a presença de transtorno depressivo, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático e catastrofização da dor. As variáveis psicológicas positivas incluem auto-eficácia, atitude/motivação, crenças pessoais, enfrentamento/resiliência e qualidade de vida.

Tratamento antirretroviral

Entre as variáveis relacionadas com o tratamento antirretroviral, apontam-se: esquema de medicação; efeitos adversos; esquecimento, estar fora de casa; dormir na hora da medicação; tempo de uso de TARV; falta de TARV; estratégia para lembrar da TARV; tempo entre primeira TARV e diagnóstico do HIV e custo da TARV. A simplificação da TARV, ou seja, redução do número de comprimidos, resultou em melhoras na adesão (Langebeek et

al.,2014) assim como a adesão foi maior em uso do comprimido único em comparação com o mesmo esquema em mais de uma vez por dia (Bangsberg et al., 2010).

Infecção pelo HIV/aids

Entre as variáveis relacionadas ao HIV/aids, os fatores associados à adesão foram: tempo de diagnóstico; condições gerais de saúde, tanto boas quanto ruins; divulgação do estado sorológico, ou seja, outras pessoas conhecerem o diagnóstico de retrovirose; conhecimento sobre HIV e TARV e ter familiar vivendo com HIV. Observa-se que houve estudos em que o maior tempo de diagnóstico se relacionou a melhores taxas de adesão (Maqutu, Zewotir, North, Naidoo, & Grobler, 2011), enquanto em outros trabalhos a adesão diminuiu ao longo do tempo de diagnóstico de HIV/aids (Wilson et al., 2013), o que demonstra que a adesão pode assumir relacionamentos diferentes com uma mesma variável, dependendo da população pesquisada.

Serviço de saúde

Em relação aos serviços de saúde os fatores relacionados à melhores taxas de adesão foram: presença de equipe multidisciplinar; receber visitas domiciliares; menor intervalo de tempo entre consultas; menor distância do local de consulta; existência de farmácias especializadas; satisfação com o cuidado e boa relação entre profissionais e usuários do serviço de saúde, com ênfase para qualidade da relação terapêutica e concordância entre médico/paciente. Tais resultados apontam para a importância da presença de equipe multidisciplinar e médica integrada nos serviços de referência para detecção precoce da não adesão (Bonolo et al., 2007).

Apoio social

Nesta revisão o apoio social e familiar apresentou-se como um significativo fator associado à adesão à TARV. Esse fator foi investigado em trabalhos como o de Kelly, Hartman, Graham, Kallen e Giordano (2014). O apoio social e suporte afetivo foram

apontados como um meio para melhorar a adesão, embora não seja o suficiente para garantir o sucesso do tratamento, sendo necessária uma combinação de múltiplos fatores (Kelly et al., 2014).

Discussão

Esta revisão integrativa de literatura apontou que a não adesão ocorre universalmente, sendo observada tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Mostrou, ainda, que a adesão pode variar dentro de um mesmo país ou de uma região para outra, evidenciando o aspecto heterogêneo da infecção pelo HIV/aids, da adesão à TARV e dos fatores associados a mesma. Segundo os resultados encontrados, as taxas de não adesão oscilaram de 1,0% (Sumari-de Boer et al., 2012) a 80,0% (Cedillo et al., 2011).

Dentre as medidas de adesão, há o predomínio do uso de medidas únicas, 81,6%, e subjetivas, já que 70,4% dos estudos utilizaram o autorrelato. Esse tipo de medida tem como vantagem o baixo custo e o pouco dispêndio de tempo para sua aplicação. Contudo, seu uso suscita alguns questionamentos, considerando que seus resultados tendem a ser menos precisos (Dagli-Hernandez et al., 2016). Segundo Polejack e Seidl (2010), a existência de uma diversidade de métodos para aferição da adesão por autorrelato pode dificultar a comparação dos desfechos entre as pesquisas. Em seu estudo, Dagli-Hernandez et al. (2016) avaliaram qual o método indireto de avaliação da adesão reflete melhor a efetividade da TARV, comparando três métodos de aferir adesão, sendo eles a carga viral, a dispensação na farmácia e duas medidas de autorrelato validadas (SMAQ e CEAT-VIH). Essa pesquisa sugeriu a combinação de dois métodos de aferição como a melhor maneira de avaliar a adesão e recomendou o uso do teste de carga viral e do questionário de adesão CEAT- VIH.

Verificou-se a utilização de 7 escalas/questionários de autorrelato validados, o que sinaliza um avanço, pois o uso de instrumentos validados permite uma melhor comparação de resultados e dados mais fidedignos. Ressalta-se que o monitoramento eletrônico ainda é pouco usual em países em desenvolvimento, fato que já havia sido observado nas revisões de Bonolo et al. (2007) e de Rocha et al. (2010), podendo ser explicado pelo alto custo deste instrumento.

Percebe-se uma grande variabilidade de níveis de adesão encontrados, principalmente em decorrência da definição de adesão, tipo de medida e ponto de corte. De acordo com o ponto de corte estabelecido para adesão, esse variou entre 75% a 100% do uso das doses de medicação prescritas. Diante dessa variabilidade, torna-se difícil interpretar se a adesão depende da população estudada ou se está relacionada as diferenças metodológica dos estudos. Nesse sentido, a definição de uma medida única de adesão, composta por dois métodos de mensuração padronizados poderia aumentar a comparabilidade dos estudos e garantir fidedignidade da medida.

Neste estudo foram identificados múltiplos fatores associados à adesão a TARV, passando por variáveis individuais, características do tratamento, características da infecção, aspectos da relação com o serviço de saúde e apoio social. Ressalta-se que diante dessas variáveis, a adesão assumiu valores e relacionamentos diferentes, dependendo da população estudada (Maqutu et al., 2011; Wilson et al., 2013), o que vem a confirmar o caráter heterogêneo e regional dos fatores relacionados à adesão.

É importante destacar que as variáveis individuais relacionam-se a pessoa em tratamento, que está inserida em um contexto sócio-histórico e cultural, portanto, essas variáveis são perpassadas por questões sócio-culturais. Dentro dessa categoria os fatores sociodemográficos se apresentaram como importantes preditores da nãoadesão, mostrando a associação da baixa adesão com maior vulnerabilidade social (Simoni et al., 2013). Segundo

Ayres, Calazans, Junior e Saletti- Filho (2003), a vulnerabilidade social expressa um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que predis põem pessoas ao adoecimento. Tal predisposição é derivada do menor acesso a recursos adequados para se protegerem. Essa dimensão da adesão à TARV merece um olhar atento de programas de Políticas Públicas de enfrentamento da pandemia nacionais e internacionais.

Ainda na categoria variáveis individuais, identificou-se uma lacuna nos estudos sobre adesão em faixas etárias específicas. Foram encontrados apenas um estudo com idosos e nenhum com jovens adultos. Nesse contexto, vale destacar que no Brasil a taxa de detecção de HIV/aids tem aumentado nessa faixa etária (Brasil, 2016). Da mesma forma, foram localizados estudos sobre adesão com pessoas heterossexuais e com homens que fazem sexo com outros homens, mas não foram encontradas pesquisas sobre adesão ao tratamento com homossexuais femininas. Pinto, Tancredi, Neto e Buchalla (2004) apontam sobre a escassez de estudos sobre comportamentos sexuais de risco em lésbicas e reitera que, embora haja baixo risco de transmissão do HIV entre mulheres que fazem sexo com mulheres, ainda há essa possibilidade, e a transmissão pode ocorrer com a troca de secreções vaginais, pela prática de sexo durante o período menstrual, assim como por meio de acessórios sexuais compartilhados sem proteção.

Merece destaque, ainda, que o uso de lembretes no celular tenha sido associado a melhores taxas de adesão. O estudo de Tran, Nguven, Nguven, Hoang e Hwang (2013), realizado no Vietnã, apontou que a maioria dos participantes usava o telefone como um lembrete para tomar a medicação e isso estava associados a uma maior taxa de adesão à TARV. Nessa revisão, o uso do celular para se lembrar do horário da medicação foi incluído em hábitos de vida, embora deva-se considerar que em muitos países e para muitas pessoas ter celular não é uma opção, devido ao seu alto custo. Ainda assim, muitas intervenções tem sido estudadas com o uso de tecnologias de comunicação móvel para apoiar a adesão, como na

pesquisa de Rodrigues, Bogg, Shet, Lumar e De Costa (2014) realizada na Índia, cujo objetivo foi estudar o custo desse tipo de intervenção, em que se concluiu que o custo é baixo, o que é facilitado pelo baixo custo da comunicação móvel no país. Ressalta-se a importância de revisões críticas e estudos empíricos sobre intervenções e estratégias para melhorar os índices de adesão aos antirretrovirais.

Já na categoria tratamento antirretroviral, estudos demonstraram que a simplificação dos esquemas antirretrovirais em um único comprimido favoreceram a adesão (Langebeek et al., 2014; Scott- Sutton et al., 2016). Entretanto, embora haja no Brasil a distribuição do esquema triplo combinado em um único medicamento desde 2014 (Brasil, 2015), nessa revisão não foram encontrados estudos com essa temática no país.

A revisão não incluiu todas as bases de dados existentes, não investigou a adesão em crianças e adolescentes ou em gestantes e puérperas. Apesar disso, os trabalhos analisados sugerem a importância do monitoramento e avaliação constantes da adesão à TARV, de seus fatores associados e de se oferecer cuidado integral às PVHA. A detecção precoce da não adesão permite o estabelecimento de intervenções oportunas, aumentando a qualidade de vida dessa população.

Considerações finais

A revisão de literatura permitiu identificar uma multiplicidade de fatores associados à adesão, apontando para a complexidade da questão e para a necessidade de constantes investigações nessa área, levando em consideração sua dimensão sócio-histórica e cultural. A adesão à TARV, além de implicar na saúde individual, está associada a potencial transmissão da infecção pelo HIV/aids de forma coletiva. Revisões críticas e estudos empíricos sobre intervenções e estratégias para aprimorar a adesão podem contribuir para as áreas acadêmica e técnica, bem como para a população em geral, devido à importância de detectar precocemente

o risco de não adesão e estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo para PVHA de acordo com as demandas e necessidades dos usuários de cada serviço.

A análise dos artigos mostrou que é necessário concentrar ações para identificar os níveis de adesão nos diferentes países, incluindo nas investigações a identificação de fatores associados à adesão. Tais fatores mostraram não ser os mesmos em diferentes regiões, sendo necessário considerar características das pessoas com HIV/aids, do tratamento que recebem, dos serviços que frequentam e também do suporte emocional e social de que dispõem. Além disso, a dificuldade de comparação dos resultados dos estudos, devido a diferenças metodológicas, deixa clara a necessidade da definição de uma medida padrão-ouro para a adesão, que permita a comparação da prevalência identificada em diferentes investigações e regiões/países.

A partir dessas considerações destaca-se a importância dos serviços de saúde caracterizarem o perfil, conhecerem os fatores associados à adesão de seus usuários e sistematizarem medidas que favoreçam a adesão. Considera-se urgente que sejam feitos investimentos em políticas públicas focadas na adesão à TARV. Tais políticas devem abranger desde a capacitação das equipes de saúde e infraestrutura dos serviços, até ações de seguridade social, que beneficiem toda a população, incluindo saúde, educação, moradia e combate ao preconceito e estigma relacionados à infecção.

Referências

Ayres J. C. R. M., Calazans G. J., Junior I. F., & Saletti- Filho H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas C M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Bangsberg, D. R., Ragland, K., Monk, A., & Deeks, S. G. (2010). A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. *AIDS*, *24*(18), 28-35.
- Becker, B. W., Thames, A. D., Woo, E., Castellon, S. A., & Hinkin, C. H. (2011). Longitudinal change in cognitive function and medication adherence in HIV-infected adults. *AIDS and Behavior*, *15*(8), 1888.
- Bianco, J. A., Heckman, T. G., Sutton, M., Watakakosol, R., & Lovejoy, T. (2011). Predicting adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected older adults: the moderating role of gender. *AIDS and Behavior*, *15*(7), 1437-1446.
- Blashill, A. J., Gordon, J. R., & Safren, S. A. (2012). Appearance concerns and psychological distress among HIV-infected individuals with injection drug use histories: prospective analyses. *AIDS patient care and STDs*, *26*(9), 557-561.
- Bonolo, F. P., Ceccato, M. D. G. B., Rocha, G. M., Acúrcio, F. A., Campos, L. N., & Guimarães, M. D. C. (2013). Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics*, *68*(5), 612-620.
- Bonolo, F. P., Gomes, R. R. F. M., & Guimaraes, M. D. (2007). Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, *16*(4), 267-278.
- Brasil (1996). Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS*. Recuperado em 11 de março de 2017 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2014*. Brasília. Recuperado em 31 de maio de 2015 de

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, atualizado em 2015. Recuperado em 20 de abril de 2017 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf>.

Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recuperado em 5 de dezembro de 2016 de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf.

Buscher, A., Hartman, C., Kallen, M. A., & Giordano, T. P. (2012). Impact of antiretroviral dosing frequency and pill burden on adherence among newly diagnosed, antiretroviral-naive HIV patients. *International journal of STD & AIDS*, 23(5), 351-355.

Cedillo, I. G., Castro, F. A., Delgado, M. R., & Cappello, O. S. A. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en psicología*, 25(112), 37-55.

Dagli-Hernandez, C., Lucchetta, R. C., Nadai, T. R., Galduróz, J. C. F., & Carvalho Mastroianni P. (2016). Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence.*, 10, 1787-1793.

Eyassu, M. A., Mothiba, T. M., & Mbambo-Kekana, N. P. (2016). Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 8(2), 1-7.

- Fonseca, L. C. D., Martins, F. J., Vieira, R. D. C. P. A., Pereira, R. M. C., Ferreira, A. S., & Raposo, N. R. B. (2012). Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(2), 151-155.
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335-342.
- Glass, T. R. & Cavassini, M. (2014). Asking about adherence—from flipping the coin to strong evidence. *Swiss Med Wkly*, 144, w14016.
- Guerra, C. P. P., & Seidl, E. M. F. (2009). Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Paideia*, 19(42), 59-65.
- Harris, J. D., Quatman, C. E., Manring, M. M., Siston, R. A., & Flanigan, D. C. (2014). How to write a systematic review. *The American journal of sports medicine*, 42(11), 2761-2768.
- Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (2016). *Global AIDS Uptade 2016*. Recuperado em 20 de Abril de 2017 de <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf>.
- Jones, A. S., Lillie-Blanton, M., Stone, V. E., Ip, E. H., Zhang, Q., Wilson, T. E., Cohen, M. H., Golub, E. T., & Hessel, N. A. (2010). Multi-dimensional risk factor patterns associated with non-use of highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected women. *Women's Health Issues*, 20(5), 335-342.
- Kader, R., Govender, R., Seedat, S., Koch, J. R., & Parry, C. (2015). Understanding the Impact of Hazardous and Harmful Use of Alcohol and/or Other Drugs on ARV Adherence and Disease Progression. *PLoSOne*, 10(5), e0125088.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Amaral, C., White, D., Kalichman, M. O., Pope, H., Swetsze, C., Jones, M., & Macy, R. (2010). Health and treatment implications of food insufficiency

- among people living with HIV/AIDS, Atlanta, Georgia. *J of Urban Health*, 87(4), 631-641.
- Kalichman, S. C., Washington, C., Grebler, T., Hoyt, G., Welles, B., Merely, C., Kalichman, M. O., & Cherry C. (2015). Treatment outcomes among people living with HIV Who are food insecure and prescribed antiretrovirals taken with food. *J Prim Carer Community Health*, 6(1), 35-40.
- Kelly, C. M., Van Oosterhout, J. J., Ngwalo, C., Stewart, R. C., Benjamin, L., Robertson, K. R., Khoo, S., Allain, T. J., & Solomon, T. (2014). HIV associated neurocognitive disorders (HAND) in Malawian adults and effect on adherence to combination anti-retroviral therapy: a cross sectional study. *PLoSOne.*, 10;9(6), e98962.
- Kelly, J. D., Hartman, C., Graham, J., Kallen, M. A., & Giordano, T. P. (2014). Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: results from the steps study. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(5), 405-413.
- Keuroghlian, A. S., Kamen, C. S., Neri, E., Lee, S., Liu, R., & Gore-Felton, C. (2011). Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. *Journal of psychiatric research*, 45(7), 942-948.
- Kisenyi, R. N., Muliira, J. K., & Ayebare, E. (2013). Religiosity and adherence to antiretroviral therapy among patients attending a public hospital-based HIV/AIDS clinic in Uganda. *J Relig Health*, 52(1), 307-317.
- Knowlton, A. R., Yang, C., Bohnert, A., Wissow, L., Chander, G., & Arnsten, J. A. (2011). Informal care and reciprocity of support are associated with HAART adherence among men in Baltimore, MD, USA. *AIDS and Behavior*, 15(7), 1429-1436.
- Koole, O., Denison, J. A., Menten, J., Tsui, S., Wabwire-Mangen, F., Kwesigabo, G., Mulenga, M., Auld, A., Agolory, S., Mukadi, Y. D., Van Praag, E., Torpey, K., Williams, S., Kaplan, J., Zee, A., Bangsberg, D. R., & Colebunders, R. (2016).

- Reasons for missing antiretroviral therapy: results from a multi-country study in Tanzania, Uganda, and Zambia. *PloS one*, *11*(1), e0147309.
- Langebeek, N., Sprenger, H. G., Gisolf, E. H., Reiss, P., Sprangers, M. A. G., Legrand, J. C., & Nieuwkerk, P. T. (2014). A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. *HIV medicine*, *15* (5), 286-290.
- Lee, W. K., Milloy, M. J. S., Walsh, J., Nguyen, P., Wood, E., & Kerr, T. (2016). Psychosocial factors in adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive people who use drugs. *Health Psychology*, *35*(3), 290.
- Lehavot, K., Huh, D., Walters, K. L., King, K. M., Andrasik, M. P., & Simoni, J. M. (2011). Buffering effects of general and medication-specific social support on the association between substance use and HIV medication adherence. *AIDS Patient care and STDs*, *25*(3), 181-189.
- Lemos, L. A., Fiuza, M. L. T., Reis, R. K., Ferrer, A. C., Gir, E., & Galvão, M. T. G. (2016). Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, e2691.
- Maich, I. F. (2012). *Avaliação da flexibilidade cognitiva em adultos com HIV*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Maqutu, D., Zewotir, T., North, D., Naidoo, K., & Grobler, A. (2011). Determinants of optimal adherence over time to antiretroviral therapy amongst HIV positive adults in South Africa: a longitudinal study. *AIDS Behav*, *15*(7), 1465-1474.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *17* (4), 758-764.

- Milloy, M. J., Kerr, T., Buxton, J., Rhodes, T., Guillemi, S., Hogg, R., & Wood, E. (2011). Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. *Journal of infectious diseases*, 203(9), 1215-1221.
- Morojele, N. K., Kekwaletswe, C. T., & Nkosi, S. (2014). Associations between alcohol use, other psychosocial factors, structural factors and antiretroviral therapy (ART) adherence among South African ART recipients. *AIDS Behav.*,18(3), 519-524.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental:desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367.
- Murphy, P., Cocohoba, J., Tang, A., Pietrandoni, G., Hou, J., & Guglielmo, B. J. (2012). Impact of HIV-specialized pharmacies on adherence and persistence with antiretroviral therapy. *AIDS patient care and STDs*, 26 (9), 526-531.
- Nelsen, A., Gupta, S., Trautner, B. W., Petersen, N. J., Garza, A., Giordano, T. P., Naik, A. D., & Rodriguez-Barradas, M. C. (2013). Intention to adhere to HIV treatment: a patient-centred predictor of antiretroviral adherence. *HIV medicine*, 14 (8), 472-480.
- Newville, H., Berg, K. M., & Gonzalez, J. S. (2015). The interactionofactivesubstance use, depression, and antiretroviral adherence in methadone maintenance. *Int J Behav Med*. 22(2), 214-222.
- Nokes, K., Johnson, M. O., Webel, A., Rose, C. D., Phillips, J. C., Sullivan, K., & Sefcik, E. (2012). Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 403-410.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., Wagener, M. M., & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 133(1), 21- 30.

- Piña, J. A., Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Ybarra, J. L., & Cázares, Ó. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia psicológica* 2011; 29(2): 149-157.
- Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Neto, A. T., & Buchalla, C. M. (2004). Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *Aids*, 19, 64-69.
- Polejack, L., & Seidl, E. M.F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/ AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1201-1208.
- Ramírez, M. T. G., & López, J. A. P. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399.
- Rego, S. R. M., Oliveira, C. F. A., Rego, D. M. S., Santos, J. R. F., & Silva, V. B. (2011). Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *J. Bras. Psiquiatr.*, 60 (1), 46-49.
- Rocha, G. M., Bonolo, P. F., Ceccato, M. G. B., Campos, L. N., Gomes, R. R. F. M., Acúrcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (2010). Adesão ao tratamento antirretroviral: Uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Machado JM, organizadores. *Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR*. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série: Pesquisas, Estudos e Avaliação n° XX. Brasília.
- Rocha, G. M., Machado, C. J., Acúrcio, F. A., & Guimaraes, M. D. C. (2011). Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad. Saúde pública*, 27(S.1), 67-78.

- Rodrigues, R., Bogg, L., Shet, A., Kumar, D. S., & De Costa, A. (2014). Mobile phones to support adherence to antiretroviral therapy: what would it cost the Indian National AIDS Control Programme? *J Int AIDS Soc.*, 17, 19036.
- Rossi, S. M.G., Maluf, E. C. P., Carvalho, D. S., Ribeiro, C. E. L., & Battaglin, C. P. (2012). Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento de Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 32(2), 117- 123.
- Safren, S. A., Mayer, K. H., Ou, S. S., McCauley, M., Grinsztejn, B., Hosseinipour, M. C., & Chen, Y. Q. (2015). Adherence to Early Antiretroviral Therapy: Results From HPTN 052, a Phase III, Multinational Randomized Trial of ART to Prevent HIV-1 Sexual Transmission in Serodiscordant Couples. *Journal of acquired immunodeficiency syndromes (1999)*, 69 (2), 234-240.
- Scott- Sutton, S., Magagnoli, J., & Hardin, J. W. (2016). Impact of pill burden on adherence, risk of hospitalization, and viral suppression in patients with HIV infection and AIDS receiving antiretroviral therapy. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 36(4), 385-401.
- Silva, J. A. G., Dourado, I., Brito, A. M. D., & Silva, C. A. L. D. (2015). Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, 31(6), 1188-1198.
- Simoni, J. M., Huh, D., Wilson, I. B., Shen, J., Goggin, K., Reynolds, N. R., Remien, R. H., Rosen, M. I., Bangsberg D. R., & Liu, H. (2012). Racial/ethnic disparities in ART adherence in the United States: findings from the MACH14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 60(5), 466.
- Sumari-de Boer, I. M., Sprangers, M. A., Prins, J. M., & Nieuwkerk, P. T. (2012). HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to

- antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS Behav*, 16(6), 1681-1689.
- Tapp, C., Milloy, M. J., Kerr, T., Zhang, R., Guillemi, S., Hogg, R. S., & Wood, E. (2011). Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC infectious diseases*, 11(1), 86.
- Tran, B. X., Nguven, L.T., Nguven, O. L., Hoang, O. V., & Hwang, J. (2013). Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. *Glob Health Action*, 6, 10.3402.
- Venkatesh, K. K., Srikrishnan, A. K., Mayer, K. H., Kumarasamy, N., Raminani, S., Thamburaj, E., Prasad, L., Triche, E. W., Solomon, S., & Safren, S. A. (2010). Predictors of non adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected South Indians in clinical care: implications for developing adherence interventions in resource-limited settings. *AIDS patient care and STDs*, 24(12), 795-803.
- Wilson, I. B., Bangsberg, D. R., Shen, J., Simoni, J. M., Reynolds, N. R., Goggin, K., Gross, R., Arnsten, J. H., Remien, R. H., Erlen, J. A., & Liu, H. (2013). Heterogeneity among studies in rates of decline of ART adherence over time: Results from the MACH14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 64(5), 448.
- Yaya, I., Landoh, D. E., Saka, B., Wasswa, P., Aboubakari, A. S., N'Dri, M. K., Patassi, A. A., Kombaté, K., & Pitche, P. (2014). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. *BMC Public Health*, 14(1), 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos de acordo com o PRISMA.

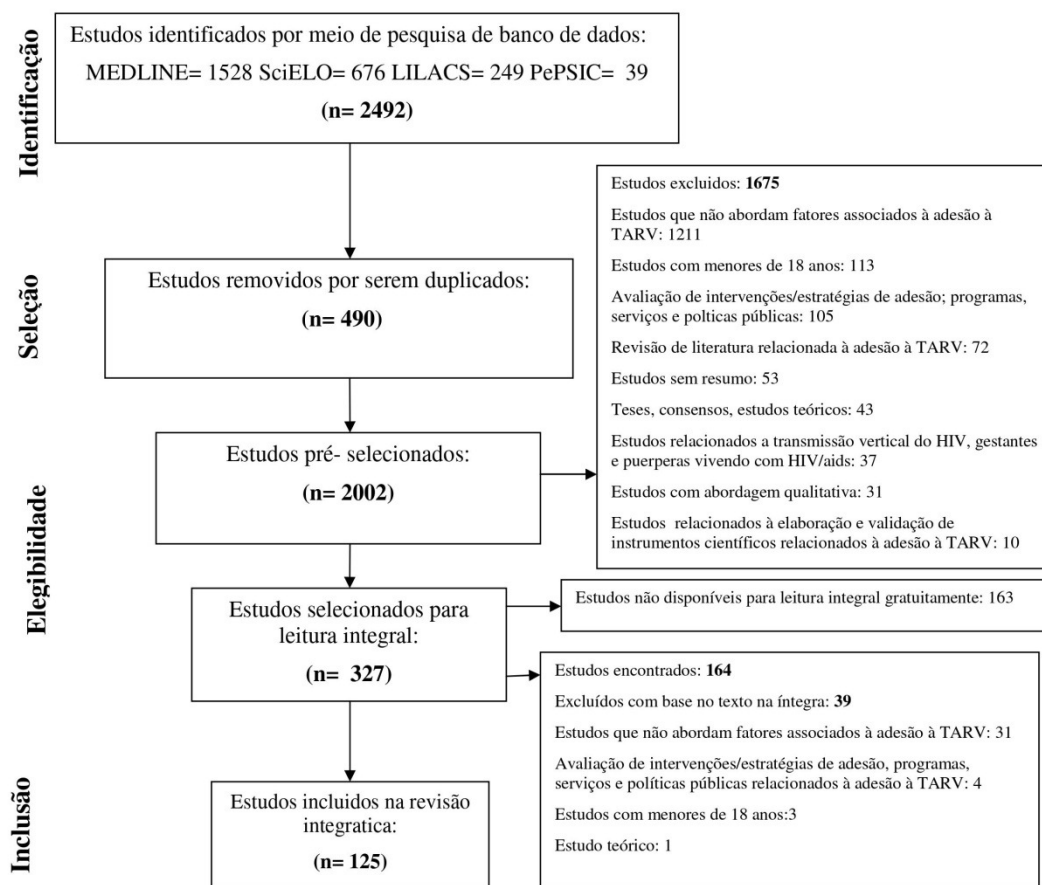


Tabela 1. Distribuição dos 125 artigos analisados segundo variáveis selecionadas

Características do estudo	N	%
Ano de publicação		
2010	17	13,6
2011	24	19,2
2012	19	15,2
2013	16	12,8
2014	20	16,0
2015	16	12,8
2016	13	10,4
Local		
África	22	17,6
América do Norte	61	48,8
América Latina	21	16,8
Ásia	11	8,8
Europa	9	7,2
Multicontinental	1	---
Número amostral do estudo		
Até 50 participantes	2	1,6
51 a 100 participantes	15	12,0
101 a 500 participantes	71	56,8
501 a 1000 participantes	15	12,0
1001 a 10000 participantes	21	16,8
Acima de 10001 participantes	1	---
Delineamento		
Transversal	54	43,5
Longitudinal	40	32,0
Caso controle	1	---
Ensaio clínico randomizado	8	6,4
Não informou	22	17,6
Utilização das medidas de adesão		
Uso de 1 medida	102	81,6
Uso de 2 medidas	20	16,0
Uso de 3 medidas	3	2,4
Medidas de adesão		
Autorrelato	88	70,4
Dispensação na farmácia	25	20,0
Contagem de comprimidos	19	15,2
Dispositivo eletrônico (MEMS)	17	13,6
Carga viral	2	1,6
Registro no prontuário	2	1,6
Ponto de corte da medida de adesão		
100%	14	11,2
95%	45	36,0
90%	13	10,4
<90%	3	2,4
Não informou	50	40,0

Tabela 2: Categorias e variáveis associadas à adesão à TARV.

Categorias e variáveis	Exemplos na amostra	Frequência (n) da variável nos resultados dos artigos analisados
1. Características individuais		
Características sociodemográficas	Bonolo et al. (2013); Simoni et al. (2012)	
Gênero		12
Cor de pele/etnia/grupo demográfico		11
Idade		10
Escolaridade		7
Situação empregatícia/renda/nível econômico		5
Estado civil		3
Moradia		2
Insegurança alimentar		5
Sindemias		2
Uso de drogas lícitas	Rego et al. (2011)	18
Uso de drogas ilícitas	Blashill et al. (2012)	9
Variáveis psicológicas negativas	Cedillo et al. (2011)	25
Variáveis psicológicas positivas	Nokes et al. (2014)	15
Aspectos neuropsicológicos	Kelly, C.M. et al. (2014)	6
Hábitos de vida	Tran B et al. (2013)	5
Espiritualidade e religiosidade	Kisenyi et al. (2013)	3
2. Tratamento antirretroviral		
	Langebeek et al. (2014); Scott- Sutton et al. (2016)	
Esquema de medicação		13
Efeitos adversos		12
Esquecimento, estar fora de casa e dormir na hora da medicação		9
Tempo de uso da TARV		7
Falta da TARV		2
Estratégia para lembrar a TARV		2
Custo da TARV		1
Tempo entre 1º TARV e diagnóstico do HIV		1
3. Infecção pelo HIV/aids		
	Wilson et al. (2013); Nelsen et al. (2013)	
Tempo de diagnóstico		5
Condições gerais de saúde		5
Outras pessoas conhecerem o diagnóstico		3
Conhecimento do HIV e TARV		2
Ter familiar com HIV		1

Categorias e variáveis	Exemplos na amostra	Frequência (n) da variável nos resultados dos artigos analisados
4. Serviço de saúde	Murphy et al. (2012).	
Presença de equipe multidisciplinar		1
Receber visitas domiciliares		1
Intervalo de tempo entre consultas		1
Distância do local de consulta		1
Farmácias especializadas		1
Satisfação com o cuidado		1
Relação entre profissionais e usuários do serviço de saúde		2
5 .Apoio social	Kelly, J.D. et al. (2014).	9

ESTUDO 2

Perfil e adesão à Terapia Antirretroviral de Pessoas Vivendo com HIV/aids

Profile and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV/aids

Resumo

A aids representa um problema mundial de saúde pública. Durante as últimas décadas a disponibilidade da Terapia Antirretroviral (TARV) levou a uma diminuição relevante da morbi-mortalidade relacionada ao HIV/aids. Os benefícios da TARV, contudo, não são alcançados se não houver adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi delinear o perfil e a adesão à TARV de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) atendidas em um ambulatório de infectologia de uma cidade no interior de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Foram entrevistadas 190 PVHA atendidas no ambulatório, utilizando: 1. questionário de caracterização elaborado para a pesquisa, 2. Escala de Depressão, Ansiedade e *stress* (DASS- 21); 3. Questionário para avaliação da adesão à TARV (CEAT-VIH) e 4. Questionário de dados nutricionais e complementares. Dos participantes, 51,6% eram homens, idade média de 44,9 anos (D.P.±12,0), com baixa renda (64,7%) e baixa escolaridade (57,8%). A média de CD4 foi de 596 cels/mm³ (D.P. ± 352,2). A maioria tinha 10 anos ou mais de infecção (54,2%) e apresentava carga viral indetectável (68,9%). Uma grande parte (44,4%) fazia uso de TARV há mais de 10 anos. Conforme o registro na farmácia e pelo CEAT-VIH, foram considerados aderentes 11,1% e 69,0% dos entrevistados, respectivamente. Foram encontradas taxas altas de não adesão, reforçando a importância dos serviços caracterizarem seus usuários e monitorarem continuamente a adesão aos antirretrovirais para a detecção precoce da não-adesão e estabelecimento de planos efetivos de intervenção.

Palavras- chave: HIV. Aids. Perfil. Terapia Antirretroviral. Adesão a medicação.

Abstract

Aids is a global health issue. The antiretroviral therapy (ART) has reduced morbidity and mortality due to HIV/aids, which is now recognised as a chronic disease. But the benefits of ART depend on adherence to treatment. The objective in this study was characterized users profiles and adherence to TARV in people living with HIV/aids (PLHA) in an infectology ambulatory in a country city of Minas Gerais state. That`s a cross-sectional and descriptive study with 190 PLHA. The instruments were: 1. A questionnaire developed to the research, based on the literature review, that had a focus on sociodemographic, clinical characteristics, life habits, social support, relationship with the health service and knowledge about HIV/aids and ART; 2. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); 3. CEAT-VIH questionnaire; 4. Nutrition data and Antiretroviral Dispensing data questionnaire. Among all participants, 51.6% were male, mean age of 44.9 years (S.D. \pm 12.08), low income (64.7%) and low education (57.8%). The mean CD4 count was 596 cells/mm³ (S.D. \pm 352,28). The majority had 10 years or more of infection (54.2%) and had an undetectable viral load (68.9%). A large proportion (44.4%) had been using ART for more than 10 years. According to the pharmacy registry and CEAT-VIH, 11.1% and 69.0% of respondents were, respectively, considered adherents. Nonadherence high rates were found, indicating the need of health service characterize user`s profile and monitoring ART adherence to detected early non-adherence and create interventions plans.

Keywords: HIV. Aids. Profile. Antiretroviral Therapy. Medication adherence.

Introdução

Com a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) houve importante redução na morbi-mortalidade associada a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, aids (Brasil, 2015a), que se transformou em uma condição crônica, com possibilidade de controle (Polejack & Seidl, 2010; Zitko et al., 2016). Mesmo assim, dado seu caráter pandêmico e gravidade, a aids continua a representar um grande problema de saúde pública (Zitko et al., 2016). Em 2015, no mundo, aproximadamente 36,7 milhões de pessoas estavam infectadas com o vírus HIV e 1,1 milhão de mortes relacionadas à infecção foram registradas (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2016).

No Brasil, desde o início da infecção até junho de 2016, foram registrados 842.710 casos, sendo 65,1% em homens. A maior concentração dos casos de aids no país está em pessoas na faixa etária de 30 a 49 anos (57,4%) (Brasil, 2016a) e com menos de oito anos de escolaridade (63,3%) (Azevedo, Silva, Dionísio, & Saldanha, 2014; Brasil, 2016a).

O objetivo da TARV é retardar a progressão da infecção por HIV por meio da supressão viral (Brasil 2015a). Todavia, ainda não existe cura e a eficácia do tratamento depende necessariamente da adesão à TARV por toda a vida (Polejack & Seidl, 2010; Rocha, Machado, Acurcio, & Guimarães, 2011).

A adesão a um fármaco envolve sua tomada na dose e frequência prescritas (Brasil, 2015a), relacionando-se diretamente com o contexto sociocultural em que a PVHA está inserida. Esse é um processo dinâmico, multideterminado, de responsabilidade do usuário e da equipe de saúde (Polejack & Seidl, 2010). Não há um consenso para definições de boa e má adesão. Observa-se que os primeiros estudos sobre o tema descreveram que pelo menos 95% de adesão ao tratamento seria necessária para manter a carga viral do HIV indetectável (Paterson et al, 2000). Entretanto, estudos mais recentes indicaram que regimes potentes de TARV são capazes de manter a supressão viral em taxas moderadas de adesão, inferiores a

95% (Shuter, Sarlo, Kanmaz, Rode, & Zingman, 2007, Glass & Cavassini, 2014 e Dagli-Hernandez, Lucchetta, Nadai, Galduróz, & Carvalho, 2016).

A avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral é complexa, pois não há uma medida padrão-ouro para adesão, sendo recomendada a combinação de dois ou mais métodos para seu monitoramento (Polejack & Seidl, 2010; Rocha et al., 2011). Tal monitoramento pode ser feito por medidas indiretas como: autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros de dispensação de TARV, e por medidas diretas como: detecção dos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue. A carga viral também tem sido indicada como um critério de avaliação da adesão à TARV (Marcellin, Spire, Carrieri, & Roux, 2013).

A não adesão a TARV é a causa mais frequente de falha virológica, caracterizada por carga viral plasmática detectável após seis meses do início ou modificação da TARV, ou por detecção da carga viral nos indivíduos que a mantinham indetectável na vigência de tratamento (Brasil, 2017a). É também responsável pelo desenvolvimento de resistência medicamentosa, decorrente de mutações virais, resultando na redução de opções de esquemas terapêuticos e no prejuízo da qualidade de vida dos indivíduos. A não adesão implica em risco para a saúde individual, mas também está associada a potencial transmissão da infecção de forma coletiva (Brasil, 2014).

Casos de não adesão ocorrem em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Bonolo et al., 2007), constituindo-se um grande desafio para saúde pública. Salmanton-García et al. (2016) avaliaram a adesão à TARV na Guiné Equatorial, encontrando 45% de adesão, enquanto, Dang, Westbrook, Black, Rodriguez-Barradas e Giordano (2013) relataram uma taxa de adesão de 46% em seu trabalho nos Estados Unidos.

Nesse sentido, pesquisas que permitam a identificação e melhor compreensão da adesão são fundamentais para o estabelecimento de estratégias para melhorá-la (World Health

Organization [WHO], 2003; Bonolo et al., 2007; Brasil, 2014; Rocha et al., 2011). Ainda que estudos sobre o perfil de PVHA e sobre a prevalência e as consequências da não adesão à TARV venham aumentando na última década, no Brasil, pesquisas sobre esse tema ainda são recentes e há carência de informações sobre diversas regiões, principalmente no interior do país (Silva et al., 2015; Zitko et al., 2016). Dados nacionais, de estudos realizados no interior paulista (Foresto et al., 2017), na capital baiana (Silva, Dourado, Brito e Silva, 2015) e em sete estados brasileiros (Nemes, Carvalho, & Souza, 2004) encontraram prevalência de adesão de 75%. Ainda no Brasil, nos trabalhos em que a adesão foi investigada por meio do registro de dispensação da TARV na farmácia a adesão identificada foi mais baixa, variando de 11,8% a 27,1% (Gomes, Machado, Acurcio, & Guimarães, 2009; Rocha et al., 2011; Lemos et al., 2016; Fonseca et al., 2016).

Considerando a importância da adesão à TARV e a escassez de informação sobre as características do perfil de PVHA e da adesão à TARV na região do Triângulo Mineiro, esse estudo teve como objetivo identificar o perfil e os níveis de adesão à TARV das PVHA atendidas em um Hospital Universitário de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais.

Método

Delineamento e participantes

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo. Participaram do estudo 190 PVHA atendidas em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais. Nas dependências desse ambulatório funciona o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM).

Os critérios de inclusão foram: 1. pessoa com diagnóstico soropositivo para HIV/aids em seguimento clínico no serviço, independente de multiexperimentada ou não; 2. idade igual

ou superior a 18 anos; e 3. prescrição de TARV por um período igual ou superior a seis meses. Como critérios de exclusão foram considerados 1. estar gestante, pela peculiaridade do tratamento antirretroviral e 2. estar preso/a em regime fechado em penitenciária, pela peculiaridade das condições de acesso à TARV.

Para o cálculo amostral utilizou-se os registros de carga viral disponíveis no serviço, que permitiram estimar que aproximadamente 1200 PVHA recebiam atendimento neste ambulatório (Brasil, 2016b). O tamanho da amostra foi determinado segundo critérios estatísticos de Ayres (2012) quando a população é conhecida. Considerando a prevalência de não adesão de 25% (Silva, et al., 2015), 95% de confiança, 5% de erro e reposição amostral em caso de recusa, estabeleceu-se tamanho amostral de 187 pessoas.

Foi utilizada amostragem por conveniência, mas sistematizou-se critérios para o convite dos participantes. Inicialmente checava-se quais usuários do serviço preenchiam os critérios de inclusão para participar da pesquisa e cruzava-se os nomes com a listagem de pessoas agendadas para consulta nos dias de coleta. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. As pessoas elegíveis eram convidadas individualmente pelo entrevistador e respondiam aos instrumentos antes de suas consultas.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n° 1774871, estando em conformidade com a Resolução 466/12 (Brasil, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos

Inicialmente foi realizado um estudo piloto com 5 PVHA para verificar a adequação dos instrumentos. Em seguida realizou-se o treinamento da equipe da pesquisa para aplicação dos instrumentos. Após o estudo piloto deu-se início à coleta de dados, realizada no

primeiro semestre de 2017. As entrevistas foram realizadas em salas de atendimento do ambulatório, resguardando a privacidade e sigilo. Após a entrevista eram realizadas medidas antropométricas dos respondentes.

Instrumentos

a. Questionário estruturado para caracterização dos participantes, aplicado por meio de entrevista, contendo questões fechadas sobre: 1. aspectos demográficos e socioeconômicos; 2. aspectos clínicos (tempo de diagnóstico, histórico de internações, presença de sintomas relacionados ao HIV/aids e lipodistrofia autorreferida); 3. uso dos antirretrovirais; 4. hábitos de vida referentes a: crenças religiosas, prática de exercícios físicos, hábitos alimentares, comportamento sexual, uso de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e cigarro; 5. apoio social; 6. acompanhamento e características do serviço de saúde e 7. conhecimento sobre HIV/aids e TARV.

Dados sobre idade, contagem de CD4, carga viral plasmática, presença de comorbidades, infecções associadas ao HIV/aids e uso de outros medicamentos foram obtidos no prontuário médico dos participantes. Estas informações foram verificadas por meio de um roteiro estruturado, no dia da entrevista.

b. Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*- DASS-21, construída por Brown, Chorpita, Korotitsch e Barlow (1997) e validada para o Brasil por Vignola e Tucci (2014). Essa escala é composta por 21 itens divididos em 3 subescalas, que avaliam a presença de sintomas de Depressão, Ansiedade e *Stress*, com respostas do tipo *likert* de 4 pontos. O resultado é obtido pela soma dos resultados dos 7 itens de cada subescala multiplicados por dois. Os pontos de corte foram estabelecidos por Vignola e Tucci (2014) e indicam condição normal, sintomas leves, moderados, severos e extremamente severos.

c. Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH). O CEAT-VIH foi desenvolvido por Remor (2002) e validado para o Brasil em 2007

(Remor, Milner-Moskovics, & Preussler, 2007; Remor, 2013a). Possui 17 itens (versão 2.0) que avaliam adesão à TARV (Remor, 2013b). O instrumento permite a obtenção de escores para o Índice de Adesão Global e as seguintes dimensões: observância do tratamento; comportamentos antecedentes de não adesão; comunicação médico-paciente; crenças pessoais: expectativas sobre o tratamento; e satisfação com o tratamento. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. O questionário estabelece o seguinte grau de adesão: adesão baixa/insuficiente, adesão boa/adequada ou adesão estrita (Remor et al., 2007), a escala de pontuação não se encontra descrita por solicitação do autor do instrumento.

d. Registro de dispensação dos antirretrovirais. Anotação dos registros de dispensação dos antirretrovirais na UDM do serviço por meio dos registros on-line do SICLOM para avaliação da adesão. A checagem se deu por meio de um roteiro estruturado que incluía esquemas, doses e posologias prescritas, quantidade de comprimidos dispensados e as datas de retirada mensal dos antirretrovirais nos seis meses anteriores à entrevista. Considerou-se os critérios de Gomes et al. (2009) para definição de adesão, caracterizando a retirada da TARV em dois grupos: 1. regular: quando não houve irregularidade no tempo de dispensação e 2. irregular: quando o tempo de dispensação superior a 34 dias.

e. Avaliação nutricional: O peso (P) e a estatura (E) foram aferidos em balança eletrônica com haste vertical acoplada, segundo métodos padronizados (Brasil, 2004). O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), foi feito a partir da conversão das medidas de P e E na fórmula $IMC (kg/m^2) = P/E^2$, sendo a classificação do estado nutricional feita de acordo com os pontos de corte preconizados pela WHO (1998).

Análise dos dados

Após os dados serem transcritos no software SPSS, versão 23, realizou-se análise estatística descritiva com distribuição de frequência e porcentagem de variáveis categóricas e

medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo) de variáveis contínuas. Para cada medida de adesão adotada, foi estimada a proporção de pessoas que preenchiam os respectivos critérios de adesão e não adesão.

Resultados

Dos 190 participantes, a maioria (77,9%) residia na cidade em que se encontra o ambulatório, sendo que 51,6% (n = 98) eram do sexo masculino (Tabela 1). A média de idade dos participantes foi de 44,9 (D.P. \pm 12,0), variando de 20 a 72 anos, dos quais a maioria (55,2%) estava na faixa de 30 a 49 anos (n = 105).

Houve predomínio de pessoas com cor declarada branca (47,3%), com ensino fundamental incompleto ou completo (60,5%), solteiras (50%) e heterossexuais (76,8%). A maioria (77,4%) residia com alguém, declarou renda familiar de até 2 salários-mínimos (66,2%) e 77,9% possuir renda individual. Para 53,6% a renda provinha de aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença e benefício de prestação continuada. A maioria dos entrevistados possuía crença religiosa (87,9%), sendo as mais citadas a religião católica (37,4%), seguida pela evangélica (25,3%).

Inserir Tabela 1

Das PVHA, 11,1% foram identificados como multiexperimentados, ou seja, com ampla exposição a TARV. A maior parte dos entrevistados (54,2%) apresentava 10 anos ou mais de infecção pelo HIV/aids e 44,4% tinha mais de 10 anos de uso de TARV (Tabela 2). Grande parte dos entrevistados possuía morbidades e infecções associadas ao HIV/aids (84,1% e 69,3%, respectivamente), sendo que 58,5% declaravam já haver experimentado uma ou mais internações devido a complicações relacionadas à infecção. A presença de sintomas atribuídos a retrovirose foi relatada por 69,5% dos sujeitos, sendo os principais: alterações neurocognitivas, como falta de memória, esquecimento e convulsões (33,7%), fadiga/cansaço

(32,1%) e dor de cabeça (31,1%). A maior parte dos entrevistados negava possuir diagnóstico psiquiátrico (67,9%). Uma parcela importante dos participantes apresentava-se com excesso de peso (48,5%) ficando o IMC médio em 25kg/m^2 (D.P. $\pm 5,1$), variando entre $13,8\text{kg/m}^2$ e $50,3\text{kg/m}^2$. Dos entrevistados, 40% observava mudanças no corpo relacionadas ao HIV/aids, com destaque para aumento (16,9%) ou perda (14,3%) da gordura corporal.

A média de CD4 foi de 595 cels/mm^3 (D.P. $\pm 352,2$), com valores mínimo de 15 cels/mm^3 e máximo de 2067 cels/mm^3 , o exame mais recente de CD4 foi realizado em março de 2017 enquanto o mais distante da data atual foi realizado em agosto de 2014. Houve predominância para contagem de CD4 acima de 501 cels/mm^3 (58,4%). Em relação à carga viral, 68,9% dos participantes apresentavam carga viral indetectável, ou seja, menor que 40 cópias, sendo a data de realização mais recente do exame de carga viral de março de 2017 e a data mais distante de setembro de 2015.

Foram encontradas 25 combinações diferentes de medicamentos antirretrovirais, sendo que os esquemas mais utilizados foram Efavirenz, Tenofovir e Lamivudina (41,1%) combinados em 1 só comprimido, e Atazanavir, Ritonavir, Tenofovir e Lamivudina (21,1%) combinados em 3 comprimidos. Os antirretrovirais para 44,7% dos participantes eram reconhecidos pelo nome e para 33,7% reconhecidos pelo frasco. A maioria (63,7%) declarava já ter deixado de tomar a medicação alguma vez na vida, sendo os principais motivos citados foram o esquecimento (27,9%) e a falta da medicação em casa (14,2%).

Inserir Tabela 2

Em relação aos hábitos de vida (Tabela 3), a maior parte dos participantes (63,7%) afirmava não praticar atividades físicas, ingerir em média de 3 a 4 refeições/dia (59,4%), consideravam sua alimentação adequada (42,6%), dormiam 6 ou mais hora por dia (80%) e acordavam descansados (57,9%). A maioria da amostra indicou fazer uso de preservativo (69,4%) e uma grande parcela indicou fazer sexo apenas com a mesma pessoa (40,0%).

Ainda, 94,7% dos entrevistados disseram não ter feito uso de drogas ilícitas nos seis meses que antecederam a entrevista, 52,1% indicaram não fazer uso de bebidas alcoólicas nesse mesmo período e 71,6% relataram não fumar.

A maioria dos avaliados (90,5%) havia comunicado para alguém sobre sua soropositividade para o HIV (Tabela 3). Quase metade da amostra (44,7%) relatou ter recebido apoio social em situações concretas, facilitando a realização de seu tratamento e 46,8% afirmou ter recebido apoio emocional e motivacional para segui-lo.

Em relação às condições emocionais, a presença de sintomas depressivos foi considerada normal para 58,9% dos participantes. Contudo, foi identificada sintomatologia depressiva severa ou extremamente severa em 18,9% dos entrevistados. A presença de sintomas de ansiedade foi considerada normal para 57,9% e severa ou extremamente severa para 19,4%. Para o *stress*, os sintomas foram considerados normais para 60,0% dos entrevistados e severos ou extremamente severos para 23,6%.

Inserir Tabela 3

Das variáveis relacionadas ao uso e percepção do serviço de saúde (Tabela 4), 67,9% dos entrevistados declararam ter procurado o serviço por encaminhamento. A maioria relatou nunca ter vivenciado dificuldade em marcar consulta (83,2%), nunca ter enfrentado dificuldade para retirar medicação na farmácia (86,8%), sentir-se sempre tratada com respeito e cordialidade no serviço (86,8%), estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento (95,2%), além de classificarem como boas ou excelentes as condições gerais de infraestrutura do serviço (88,8%).

Grande parte dos entrevistados (79,5%) relatou ter recebido orientações sobre HIV/aids e 66,3% afirmavam ter compreendido as informações recebidas muitas vezes ou sempre. Em relação às orientações sobre TARV, 80,3% indicavam tê-las recebido e 71,0% tê-las compreendido. Quanto às orientações sobre alimentação, 63,3% dos participantes

declararam não tê-las recebido. Ao investigar o conhecimento sobre HIV/aids e TARV, todos os participantes responderam que a TARV deve ser tomada todos os dias. Houve menor frequência de respostas corretas para as afirmativas "Pode-se pegar HIV pela picada de inseto" (65,3%) e "HIV tem cura" (78,9%).

Inserir Tabela 4

Quando consideradas as medidas de adesão (Tabela 5), observou-se adesão variando de 69,0%, quando medida pelo CEAT-VIH, a 11,1% considerando o registro de dispensação na farmácia. Dos entrevistados, apenas 9,4% se mostraram aderentes pela combinação das duas medidas.

Inserir Tabela 5

Discussão

A caracterização sociodemográfica encontrada neste estudo confirma o perfil da infecção por HIV/aids no Brasil (Brasil, 2016a), com predomínio de PVHA do sexo masculino, de cor branca e parda, na faixa etária de 30 a 49 anos e heterossexuais. Embora se tenha uma maior porcentagem de pessoas do sexo masculino, o número de homens e mulheres entrevistados foi muito próximo, similar ao estudo de Nunes et al. (2008), também realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais.

Destaca-se na pesquisa o grande número de participantes com idade acima de 50 anos (37,7%). Segundo o Boletim Epidemiológico de 2016, a taxa de detecção do HIV/aids tem aumentado em homens acima de 50 anos e em homens e mulheres acima de 60 anos (Brasil, 2016a). Para Garcia, Lima, Silva, Andrade e Abrão (2012) diversos fatores podem contribuir para o número crescente de idosos vivendo com HIV/aids, dentre eles o envelhecimento da população brasileira, o avanço da medicina que possibilitou ao idoso se tornar mais ativo sexualmente e principalmente a existência de muitos tabus referentes a

sexualidade nessa faixa etária e, conseqüentemente, esclarecimentos escassos sobre prevenção, transmissão e demais questões referentes a aids. Soma-se a isso o aumento da expectativa de vida em PVHA em decorrência dos avanços da TARV (Polejack & Seidl, 2010). Tal conjuntura sinaliza a necessidade de estratégias de prevenção específicas para esse grupo e para a importância de estudos com idosos soropositivos. Pardi, Nunes, Canassa e Correia (2009) ressaltam a necessidade de dar-se especial atenção para as variáveis demográficas, socioeconômicas, neuropsiquiátricas e cognitivas dessa população quando em tratamento antirretroviral.

Na amostra do presente estudo houve maior prevalência de pessoas com baixa escolaridade (60,5%) e baixa renda familiar (66,2%), corroborando os achados de outras investigações (Azevedo et al., 2014; Silva et al., 2015; Brasil 2016). Evidencia-se, assim, o processo conhecido como "pauperização da aids", que é caracterizado pela crescente incidência da epidemia junto às camadas de baixa renda e com baixos níveis de instrução (Franco, 2010). É importante atentar para isso no momento da transmissão das informações e na construção de campanhas de prevenção voltadas para esse grupo, que devem incluir informações transmitidas de forma mais simples e disponibilização de fontes de proteção, incluindo preservativos (Ayres, Calazans, Junior, & Saletti-Filho, 2003).

Com relação ao uso do preservativo, nesse estudo, os dados sobre seu uso foram maiores dos que os encontrados por Rocha et al.(2011), que detectou baixa proporção de sua utilização (66,1%) e pelo Governo Federal, em que 63,5% dos participantes relataram nunca ter usado ou ter usado metade das vezes o preservativo durante a vida (Brasil, 2010). No presente estudo uma parcela menor de entrevistados (23,7%) indicou usar preservativo apenas algumas vezes, mas esses dados ainda apontam para a necessidade dos serviços de saúde fomentarem reflexões junto as PVHA sobre sexualidade e autocuidado, de forma a promover práticas sexuais prazerosas e protegidas. A utilização do preservativo em PVHA reduz o risco

de transmissão do HIV e da possibilidade desse grupo adquirir outras infecções sexualmente transmissíveis (Dos Santos Silva, Feitoza de Oliveira, Alves de Oliveira Serra, de Andrade Arraes Rosa, & Gomes Nogueira Ferreira, 2015).

Grande parte dos entrevistados possuíam crença religiosa (87,9%), sendo a mais citada a religião católica. Resultados semelhantes foram verificados por Azevedo et al. (2014). Em seu trabalho, 84,0% dos entrevistados declararam moderada e alta religiosidade e 57% afirmaram ser católicos. Esses autores sinalizam para a importância da religiosidade como um fator de enfrentamento do HIV/aids.

Poucos participantes indicaram realizar atividades físicas, o que também foi verificado por Santo et al. (2015). Silva, Kietzer, Said e Freitas (2016) reiteram sobre os benefícios da prática física direcionada a PVHA e a escassez de estudos nessa temática. O IMC médio encontrado na presente amostra também foi similar ao de Silva et al. (2016), que foi de 24,13 kg/m² para sedentários e de 25,04 kg/m² para ativos. Embora parte da amostra dessa pesquisa tenha apresentado IMC normal (44,2%), pontua-se que 48,5% foram classificados com excesso de peso e apenas 7,4% apresentaram baixo peso. Destaca-se que segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016, 53,8% da população brasileira apresentavam excesso de peso, sendo a prevalência de obesidade de 18,9% (Brasil, 2017b).

No presente estudo, 63,3% dos participantes declararam nunca ter recebido nenhum tipo de orientação nutricional, corroborando os achados de Leite, Papa e Valentim (2011). Para tais autores, com o advento da TARV, mudanças corporais importantes foram observadas nas PVHA, havendo diminuição dos quadros de desnutrição grave, e aumento da lipodistrofia pelo HIV e de síndromes metabólicas (Brasil, 2015). Esses dados reforçam a importância da orientação nutricional como parte fundamental do tratamento às PVHA. Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, cigarro e drogas ilícitas, os resultados foram congruentes

aos encontrados por Silva et al. (2015), em que o uso de bebida alcoólica foi de 61,5%, de cigarros de 24,9% e 93,7% referiram nunca ter utilizado drogas ilícitas.

A presença de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* foi considerada normal para maioria dos entrevistados. No entanto, uma parcela importante mostrou níveis preocupantes de sintomas emocionais. Azevedo et al. (2014) confirmaram a existência de alterações emocionais importantes em PVHA, principalmente depressão e ansiedade. Enquanto Calvetti, Giovelli, Gauer e Moraes (2017) evidenciaram correlação entre ansiedade, *stress* e suporte social nesta população. Estudos sobre fatores associados à adesão à TARV têm identificado relação entre a presença de sintomas de ansiedade, depressão e *stress* e a não adesão à TARV, mostrando a importância de considerar esses sintomas na avaliação da adesão (Springer, Dushaj, & Azar, 2012; Azevedo et al., 2014). Dado o caráter descritivo desse manuscrito, não foram analisadas relações entre as variáveis emocionais e a adesão, mas trabalhos futuros abordarão tal aspecto.

Referente ao apoio social, a maioria dos participantes relatou ter contado a alguém sobre sua soropositividade, dado semelhante ao observado por Bonolo et al. (2010). Apesar dos escores de percepção do apoio social terem sido altos, tanto para situações concretas quanto motivacional e emocional para seguir o tratamento terem sido altos muitas PVHA declararam não recebê-los. Essa informação merece atenção, pois o apoio social e suporte afetivo também têm sido relacionados a melhores taxas de adesão (Kelly, Hartman, Graham, Kallen, & Giordano, 2014).

Nesse estudo observou-se altos índices de satisfação com o serviço de saúde, similares aos encontrados por Dang et al. (2013). Em relação ao conhecimento sobre HIV/aids e TARV observou-se que ainda há mitos quanto a sua forma de transmissão e sua cura, mas os participantes indicaram saber sobre a necessidade de tomar a medicação todos os dias. Resultados semelhantes foram identificados na pesquisa conduzida pelo Governo

Federal (Brasil, 2010). Além disso, observou-se que a maioria dos entrevistados tinha mais de 10 anos de infecção por HIV/aids, o que foi similar ao encontrado por Foresto et al. (2017) e a presença de infecções associadas ao HIV/aids foi congruente com os achados de Silva et al. (2015), que mostraram que 64,0% dos entrevistados apresentaram sintomatologia característica do HIV e/ou infecções associadas. Todavia, a presença de morbidades e internações relacionadas a infecção foi maior no presente trabalho do que nos resultados apresentados por Silva et al. (2015) e a média de contagem do CD4 foi consideravelmente maior do que a verificada por Salmanton-García et al. (2016).

Para 41,1% das pessoas a TARV foi prescrita com apenas 1 comprimido, pela combinação de Efavirenz, Lamivudina e Tenofovir. Esse esquema terapêutico está disponível no país desde 2014 e até 2016 foi o esquema recomendado para PVHA em início de TARV (Brasil, 2015a). Por ser recente, existem poucos estudos sobre o seu uso no país, mas em um deles (Fonseca et al., 2012), essa combinação foi usada por apenas 8,3% da amostra. Cabe destacar que na época, 2012, esse esquema era constituído por 4 pílulas separadas.

Fizeram parte da amostra 21 PVHA multiexperimentadas. Dados do Ministério da Saúde indicam que 80% das PVHA alcançam a carga viral indetectável após um ano de tratamento, no entanto, 20% terão falha terapêutica e deverão ser submetidas à TARV de resgate (2015b). As principais causas de falha terapêutica são: baixa adesão ao tratamento, potência virológica insuficiente, fatores farmacológicos e resistência viral (Camargo, 2017). O principal parâmetro para caracterização da falha terapêutica é a falha virológica (Brasil, 2017a). Destaca-se a necessidade de investigações com usuários multiexperimentados.

Na presente análise, a adesão foi aferida por meio de duas medidas diferentes e mostrou resultados muito díspares. Ao considerar a retirada da medicação na farmácia observou-se apenas 11,1% de adesão, que embora seja um resultado ruim, é similar ao observado por Gomes et al. (2009) e Rocha et al. (2011) que ao analisar registros de

dispensação, encontraram 11,8% e 25,7% de adesão, respectivamente. A baixa adesão pode contribuir para o desenvolvimento de resistência viral aos esquemas iniciais e explicar o aumento no uso da terapia de resgate (Silva et al, 2015), reforçando assim, a necessidade monitoramento contínuo da adesão.

É importante destacar que na UDM do serviço há uma tolerância de 5 dias para retirada da medicação, ou seja, a partir de 25 dias de uma retirada, é possível retirar a medicação novamente. Assim, uma pessoa que retirou a medicação, num primeiro momento, com intervalo de 25 dias e, posteriormente, com intervalo de 35 dias, seria classificada neste estudo como pessoa com retirada irregular, mesmo sendo aderente à TARV e não tendo prejudicado seu tratamento. Essa limitação na medida de adesão baseada na dispensação na farmácia também foi observada por Rocha (2010) e é um dos motivos da adoção de duas medidas conjuntas para avaliação da adesão. Reitera-se, ainda, a possibilidade de que regimes antirretrovirais mais potentes mantenham a carga viral indetectável com uma adesão moderada, ou seja, menor que 95,0% de uso dos medicamentos prescritos, mas tal possibilidade precisará ser investigada em estudos futuros.

Na avaliação por meio do CEAT-VIH verificou-se que 69,0% dos participantes apresentaram adesão adequada/estrita. Esse índice foi maior do que o observado em alguns estudos brasileiros que utilizaram o mesmo questionário. Galvão, Soares, Pedrosa, Fiuza e Lemos (2015) encontraram taxas de adesão de 48,7% e Leone et al. (2016) observou 11,5% de adesão. Mas os resultados da presente investigação foram inferiores aos observados por Foresto et al. (2017), que verificou 75,0% de adesão. Além disso, dos entrevistados, apenas 9,4% se mostraram aderentes pela combinação das duas medidas, desfecho similar ao encontrado por Dagli-Hernandez et al. (2016), que observou 13,3% de adesão pela combinação de todos parâmetros utilizados em seu estudo para aferir adesão.

A grande variabilidade entre a taxa de adesão aferida pelo CEAT-VIH e pela retirada da TARV na farmácia, assim como nas taxas de adesão encontradas em outros estudos, demonstram a dificuldade de mensuração da adesão e reafirmam a necessidade da definição de uma medida padrão-ouro. Para Marcellin et al. (2013), qualquer avaliação da adesão deve ser correlacionada com a medida de carga viral plasmática, por gerar uma medida clínica relevante confiável e objetiva. Como o presente estudo foi apenas descritivo, não foi feita a relação entre a carga viral e os níveis de adesão das duas medidas, mas investigações posteriores realizarão a avaliação da concordância dessas medidas na amostra investigada.

Além da não realização das correlações, outra limitação da presente pesquisa inclui não poder generalizar os achados para outros serviços ou municípios, dada a amostra por conveniência empregada. Vale destacar, também, que não houve avaliação cognitiva dos entrevistados nem um controle sobre o número de PVHA multiexperimentadas presentes na amostra. Pesquisas futuras, com foco na identificação de medidas de adesão mais relevantes clinicamente e dos fatores associados à adesão poderão contribuir para sanar essas lacunas, em especial se forem investigações populacionais.

Considerações finais

Esse estudo permitiu avaliar o perfil de PVHA e a adesão à TARV em uma cidade no interior de Minas Gerais. O perfil evidenciou que há a possibilidade de que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade estejam em condições de maior vulnerabilidade para adquirir a infecção. Enquanto a adesão mostrou grande variabilidade segundo a medida considerada, variando entre baixa e razoável e a necessidade de especial atenção às PVHA multiexperimentadas. Essa variabilidade mostra a necessidade de investir em uma medida padrão-ouro para investigação da adesão e que os serviços incluam essa avaliação em sua rotina periódica.

Referências

- Ayres J. C. R. M., Calazans G. J., Junior I. F., & Saletti- Filho H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas C M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, M. (2012). *Elementos de Bioestatística*. (2ª ed). Belém: Autor.
- Azevedo, R. L. W., Silva, E. A. A., Dionísio, L. R., & Saldanha, A. A. W. (2014). Transtornos afetivos/ cognitivos associados à TARV e à qualidade de vida no contexto da AIDS. *Revista Interamericana de Psicología*, 48(3).
- Bonolo, F. P., Gomes, R. R. F. M., & Guimaraes, M. D. (2007). Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16(4), 267-278.
- Brasil (1996). Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS*. Recuperado em 11 de março de 2017 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: *Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar*: Projeto Atar. Brasília. 408 p. : il. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil (2012). Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília.

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2014*. Brasília. Recuperado em 31 de maio de 2015 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>.

Brasil (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, atualizado em 2015. Recuperado em 20 de abril de 2017 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf>.

Brasil (2015b). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Dolutegravir como terceira linha de tratamento do HIV/AIDS/ relatório de recomendação. Brasília. Recuperado em 12 de junho de 2017 de <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Dolutegravir_CP.pdf>.

Brasil (2016a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2016*. Recuperado em 5 de dezembro de 2016 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>.

Brasil (2016b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Impressão de Laudos e Resultados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL)*. Listagem de carga viral- Hospital de Clínicas UFTM, Março de 2016.

- Brasil (2017a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Falha ao tratamento antirretroviral e terapia de resgate*. Recuperado em 6 de junho de 2017 de <<http://www.aids.gov.br/pcdt/8>>.
- Brasil (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther*, 35(1),79-89.
- Calvetti, P. Ü., Giovelli, G. R. M.,Gauer, G. J. C., & Moraes, J, F.D. (2017). Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-4.
- Camargo, C. C. (2017). *Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina, Botucatu, São Paulo.
- Dagli-Hernandez, C, Lucchetta, R. C, Nadai, T.R., Galduróz, J. C. F., & Carvalho Mastroianni, P.(2016). Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence.*, 10, 1787-1793.
- Dang, B. N., Westbrook, R. A., Black, W. C., Rodriguez-Barradas, M. C., & Giordano, T. P. (2013). Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PloS one*, 8(1), e54729.
- Dos Santos Silva, W., Feitoza de Oliveira, F. J., Alves de Oliveira Serra, M. A., de Andrade Arraes Rosa, C. R., & Gomes Nogueira Ferreira, A. (2015). Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6).

- Fonseca, L. C. D., Martins, F. J., Vieira, R. D. C. P. A., Pereira, R. M. C., Ferreira, A. S., & Raposo, N. R. B. (2012). Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(2), 151-155.
- Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., & Reis, R. K. (2017) Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(1), e63158.
- Franco, R. K. G. F. (2010). *A Face Pobre da AIDS*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, CE.
- Galvão, M. T. G., Soares, L. L., Pedrosa, S. C., Fiuza, M. L. T., & de Araújo Lemos, L. (2015). Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV/Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 48
- Garcia, G. S., Lima, L. F., Silva, J. B., Andrade, L. D., & Abrão, F. M. S. (2012). Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/Aids: tendências da produção científica atual no Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm*, 24(3), 183-8
- Glass, T. R., & Cavassini, M. (2014). Asking about adherence—from flipping the coin to strong evidence. *Swiss Med Wkly*, 144, w14016.
- Gomes, R. R. D. F. M., Machado, C. J., Acurcio, F. D. A., & Guimarães, M. D. C. (2009). Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 495-506.
- Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (2016). *Global AIDS Uptade 2016*. Recuperado em 10 de maio de 2017 de <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf>.

- Kelly, J. D., Hartman, C., Graham, J., Kallen, M. A., & Giordano, T. P. (2014). Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: results from the steps study. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(5), 405-413.
- Langebeek, N., Sprenger, H. G., Gisolf, E. H., Reiss, P., Sprangers, M. A. G., Legrand, J. C., & Nieuwkerk, P. T. (2014). A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. *HIV medicine*, 15 (5), 286-290.
- Leite, L. H. M., Papa, A., & Valentim, R. C. (2011). Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. *Rev. Nutr.*, 24(6), 873-881.
- Lemos, L., Fiuza, M. L. T., Reis, R. K., Ferrer, A. C., Gir, E., & Galvão, M. T. G. (2016). Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
- Leone, D., Borghi, L., Lamiani, G., Barlascini, L., Bini, T., Monforte, A. D. A., & Vegni, E. (2016). Illness Representations of HIV Positive Patients Are Associated with Virologic Success. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Marcellin F., Spire B., Carrieri, M. P., & Roux P. (2013). Assessing adherence to antiretroviral therapy in randomized HIV clinical trials: a review of currently used methods. *Expert Rev Anti Infect Ther.*, 11(3), 239-50. doi: 10.1586/eri.13.8.
- Nemes, M. I., Carvalho, H. B., & Souza, M. F. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, 18, 15-20.
- Nunes, A. A., Silva-Vergara, M. L., Melo, I. M. D., Silva, A. L. A. D., Rezende, L. D. S. D. A., & Guimarães, P. B. (2008). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids internados em um hospital de ensino do Brasil. *Rev. panam. infectol*, 10(3), 26-31.

- Pardi, G. R., Nunes, A. A., Canassa, P. G. F., & Correia, D. (2009). Profile of Adherence to Highly active Antiretroviral Therapy of patients older than 50 years old. *Acquir immune Defic Syndr*, 52(2), 301- 302.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., Wagener, M. M., & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 133(1), 21- 30.
- Polejack, L., & Seidl, E. M.F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/ AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1201-1208.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.
- Remor, E., Milner Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev. Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Remor, E. (2013a). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 6 (2), 61-73.
- Remor, E. (2013b). Release of an Online Self-Reporting Tool for Assessing Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH). *Journal of Antiviral & Antiretrovirals*, 5, 178-179.
- Rocha, G. M. (2010). *Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Rocha, G. M., Machado, C. J., Acurcio, F. A., & Guimaraes, M. D. C. (2011). Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad. Saúde pública*, 27(S.1), 67-78.

- Salmanton-García, J., Herrador, Z., Ruiz-Seco, P., Nzang-Esono, J., Bendo, V., Bashmakovic, E., & Aparicio, P. (2016). Self-reported adherence to antiretroviral therapy in HIV+ population from Bata, Equatorial Guinea. *AIDS care*, 28(5), 543-553.
- Santos, L., Olkoski, M., Silva, D., Ohara, D., Sonigo, J., & Rombaldi, A. (2015). Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 19(6), 711.
- Shuter, J., Sarlo, J. A., Kanmaz, T. J., Rode, R. A., & Zingman, B. S. (2007). HIV-infected patients receiving lopinavir/ritonavir-based antiretroviral therapy achieve high rates of virologic suppression despite adherence rates less than 95%. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1), 4-8.
- Silva, J. A. G., Dourado, I., Brito, A. M. D., & Silva, C. A. L. D. (2015). Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, 31(6), 1188-1198.
- Silva, L. F. G., Xavier, M. B., Kietzer, K. S., Said, R. D. C., & Freitas, J. J. D. S. (2016). Nível de atividade física e síndrome lipodistrófica em pacientes com HIV/Aids. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.*, 22(2), 147-152.
- Springer, S. A., Dushaj, A., & Azar, M. M. (2012). The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2119–2143.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155 (2014) 104- 109. .
- World Health Organization (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

Recuperado em 20 de fevereiro de 2016 de
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>.

Zitko, P., Bestrán, C., Mejía, F., Celi, A.P., Greco, M.M., Afani, A., Martínez- Buitrago, E., Casseti, I., Lasso, M., Belaunzarán- Zamudio, F., Sierra- Madero, J., Chanqueo, L., Marincovich, B., Parenti, P., Delgado, E., Morale, M., Thormann, M., & Terán R. (2016). Descripción de las características de 44 centros de atención VIH en 11 países de América Latina; Resultados del Taller Latinoamericano de VIH. *Rev Panam Infectol*, 18(1), 16-28.

Tabela 1. Distribuição da frequência das características sociodemográficas selecionadas

Características	N	%
Cidade em que reside		
Cidade sede do ambulatório	148	77,9
Outras cidades	42	22,1
Sexo		
Masculino	98	51,6
Feminino	92	48,4
Idade		
18 a 24 anos	9	4,7
25 a 29 anos	8	4,2
30 a 49 anos	105	55,2
50 a 60 anos	38	20,0
Igual ou maior que 60 anos	30	15,8
Cor		
Branca	89	47,3
Parda	51	27,1
Preta	44	23,4
Amarela	4	2,1
Escolaridade		
Nenhuma	5	2,6
Ens. Fund. Incompleto	73	38,4
Ens. Fund. Completo	37	19,5
Ens. Médio Incompleto	18	9,5
Ens. Médio Completo	37	19,5
Ens. Sup. Incompleto	8	4,2
Ens. Sup. Completo	11	5,8
Estado civil		
Solteiro (a)	95	50,0
Casado (a)/União estável	56	29,4
Viúvo (a)	19	10,0
Divorciado (a)/separado (a)	20	10,5
Orientação sexual		
Heterossexual	146	76,8
Homossexual	33	17,4
Bissexual	3	1,6
Não se interessa por sexo	8	4,2
Reside com outra pessoa		
Sim	147	77,4
Não	40	21,1
Instituição	3	1,6
Renda familiar		
Não tem renda	3	1,6
Até R\$ 468,5	4	2,1
De R\$468,5 a R\$1874	117	62,5
De R\$1874 a R\$3748	55	29,4
De R\$3748 a R\$9370	8	4,2
Fonte de renda individual		
Sim	148	77,9
Não	42	22,1

Características	N	%
Fonte de renda individual		
Aposentadoria/Pensão por morte	61	32,1
Auxílio doença/BPC	41	21,6
Emprego formal	24	12,7
Emprego informal	28	14,7
Nenhuma das alternativas	36	18,9
Crença religiosa		
Sim	167	87,9
Não	23	12,1
Religião		
Católica	71	37,4
Evangélica	48	25,3
Espírita Kardecista	28	14,7
Espírita Umbandista/Candoblé	15	7,9
Não tem religião, mas acredita em Deus	10	5,3
Nenhuma das alternativas	18	9,5

Tabela 2. Distribuição da frequência das características relacionadas aos aspectos clínicos e uso da Terapia Antirretroviral

Características	N	%
Aspectos clínicos		
Tempo de diagnóstico		
Até 1 ano	17	8,9
2 a 4 anos	28	14,7
5 a 9 anos	42	22,1
10 a 14 anos	37	19,5
15 a 20 anos	36	18,9
Acima de 20 anos	30	15,8
Tempo de uso de TARV		
6 meses a 1 ano	23	12,3
1 ano e 1 mês a 2 anos	14	7,5
2 anos e 1 mês a 5 anos	27	14,4
5 anos e 1 mês a 10 anos	40	21,4
Acima de 10 anos	83	44,4
Presença de co- morbidade		
Sim	159	84,1
Não	30	15,9
Presença de infecções associadas ao HIV/aids		
Sim	132	69,8
Não	57	30,2
Necessidade de internação devido à infecções associadas ao HIV/aids (relato do usuário)		
Sim	110	58,5
Não	78	41,5
Presença de sintomas no último mês relacionados a infecção		
Sim	132	69,5
Não	58	30,5
Principais sintomas (poderia ser escolhida mais de uma alternativa)		
Alterações neurocognitivas (falta de memória, esquecimento, convulsões).	64	33,7
Fadiga ou cansaço	61	32,1
Dor de cabeça	59	31,1
Diagnóstico psiquiátrico		
Sim	61	32,1
Não	129	67,9
IMC		
Baixo peso	14	7,4
Peso normal	84	44,2
Pré- obesidade	68	35,8
Obesidade grau I	15	7,9
Obesidade grau II	7	3,7
Obesidade grau III	2	1,1
Mudanças observadas no corpo relacionadas ao HIV/TARV		
Não	114	60,0
Sim	76	40,0
Quais mudanças no corpo		

Características	N	%
Nenhuma	115	60,8
Aumento de gordura corporal	32	16,9
Perda de gordura corporal	27	14,3
Outras	15	7,9
Carga viral		
Indectável	131	68,9
Menor que 1000 cópias	34	17,9
Maior que 1000 cópias	25	13,2
CD4		
Menor que 200	27	14,2
Entre 201 e 350	25	13,2
Entre 351 e 500	27	14,2
Acima de 501	111	58,4
Uso da terapia antirretroviral		
Esquema antirretroviral/Quantidade de comprimidos ao dia		
Efavirenz +Lamivudina+tenofovir: 1 cp	78	41,1
Atazanavir+Ritonavir+Tenofovir+ Lamivudina: 3cp	40	21,1
Outros	72	37,8
Como reconhece os medicamentos (poderia ser escolhida mais de uma alternativa)		
Reconhece pelo nome	85	44,7
Reconhece pelo frasco	64	33,7
Reconhece pela cor	50	26,3
Já deixou de tomar a medicação alguma vez		
Sim	121	63,7
Não	69	36,3
Principal motivo (poderia ser escolhida mais de uma alternativa)		
Esquecimento	53	27,9
Por falta da medicação em casa	27	14,2
Por usar bebidas alcoólicas	13	6,8

Tabela 3. Distribuição da frequência das características relacionadas aos hábitos de vida, apoio social e condições emocionais

Características	N	%
Hábitos de vida		
Prática atividades físicas		
Sim	121	63,7
Não	69	36,3
Quantidade de refeições ao dia		
2 refeições ou menos	25	13,2
3 e 4 refeições	113	59,4
5 ou mais	52	27,4
Autoavaliação da alimentação		
Péssima/muito inadequada	9	4,7
Ruim/inadequada	14	7,4
Regular	62	32,6
Boa/adequada	81	42,6
Excelente/ muito adequada	24	12,6
Quantidade de horas que dorme ao dia		
3 horas ou menos	7	3,7
Entre 4 e 5	30	15,9
6 ou mais	152	80,4
Acorda descansado		
Nunca	22	11,6
Algumas vezes	33	17,5
Metade das vezes	24	12,7
Muitas das vezes/sempre	110	58,2
Relacionamentos sexuais atualmente		
Nunca fez sexo	9	4,8
Não fez sexo no últimos seis meses	58	30,7
Faz sexo de vez em quando, com a mesma pessoa	26	13,8
Faz sexo de vez em quando, com pessoa diferente	11	5,8
Faz sexo sempre, com a mesma pessoa	76	40,2
Faz sexo sempre, com pessoas diferentes	9	4,8
Uso de preservativos		
Nunca	34	18,3
Algumas vezes/metade das vezes	16	8,6
Muitas vezes	7	3,8
Sempre	129	69,4
Fumante ativo		
Não	136	71,6
Sim	54	28,4
Fez uso de bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses		
Não	99	52,1
Sim	91	47,9
Fez uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses		
Não	180	94,7
Sim	10	5,3
Apoio social		
Contou para alguém sobre o diagnóstico		
Não	18	9,5

Características	N	%
Sim	172	90,5
Tem recebido apoio social em situações concretas		
Nunca	74	39,4
Algumas vezes/metade das vezes	12	6,4
Muitas vezes	18	9,6
Sempre	84	44,7
Tem recebido apoio motivacional e emocional		
Nunca	55	29,3
Algumas vezes/metade das vezes	21	11,2
Muitas vezes	24	12,8
Sempre	88	46,8
Condições emocionais		
Depressão		
Normal	112	58,9
Leve	22	11,6
Moderada	20	10,5
Severa	12	6,3
Extremamente severa	24	12,6
Ansiedade		
Normal	110	57,9
Leve	13	6,8
Moderada	30	15,8
Severa	17	8,9
Extremamente severa	20	10,5
Stress		
Normal	114	60,0
Leve	18	9,5
Moderado	13	6,8
Severo	25	13,2
Extremamente severo	20	10,5

Tabela 4. Distribuição da frequência das características relacionadas a percepção do serviço de saúde e conhecimento sobre HIV/aids e TARV

Características	N	%
Motivo de procura do serviço de saúde (poderia ser escolhida mais de uma alternativa)		
Ter sido encaminhado	129	67,9
Qualidade do serviço	43	22,6
Ser a referência da cidade	33	17,4
Relato de dificuldade em marcar consultas		
Nunca	158	83,2
Algumas vezes	22	11,6
Metade das vezes	7	3,7
Muitas vezes/sempre	3	1,6
Relato de dificuldade para retirar TART na UDM		
Nunca	165	86,8
Algumas vezes	18	9,5
Metade das vezes	3	1,6
Muitas vezes/sempre	4	2,1
Sentir-se tratado com respeito e cordialidade		
Nunca	1	0,5
Algumas vezes	4	2,1
Metade das vezes	2	1,1
Muitas vezes	18	9,5
Sempre	164	86,8
Classificação das condições gerais de infraestrutura (percepção do usuário)		
Péssima/ruim	4	2,1
Regular	17	9,0
Boa	115	60,8
Excelente	53	28,0
Relato de satisfação com o atendimento prestado		
Péssimo	3	1,6
Insatisfeito	6	3,2
Satisfeito	93	48,9
Muito satisfeito	88	46,3
Recebeu orientação sobre alimentação		
Não	126	66,3
Sim	64	33,7
Recebeu orientação sobre HIV/aids		
Não	39	20,5
Sim	151	79,5
Compreendeu as orientações		
Não compreendi	4	2,1
Algumas vezes	13	6,8
Metade das vezes	11	5,8
Muitas vezes	47	24,7
Sempre	79	41,6
Não recebeu	36	18,9
Recebeu orientação sobre TARV		
Não	37	19,7

Características	N	%
Sim	151	80,3
Compreendeu as orientações		
Não compreendi	6	3,2
Algumas vezes	9	4,8
Metade das vezes	6	3,2
Muitas vezes	34	18,1
Sempre	101	53,7
Não recebeu	32	17,0
Conhecimento sobre HIV/aids (respostas corretas para cada item)		
HIV destrói a defesa do organismo	156	82,1
HIV tem cura	150	78,9
HIV pode-se pegar pelo sangue contaminado	187	98,4
HIV pode-se pegar por meio da relação sexual	187	98,4
HIV pode-se pegar pelo abraço	185	97,4
HIV pode- se pegar pela picada de inseto	124	65,3
Aids tem tratamento	170	89,5
Aids é causada pelo vírus HIV	169	88,9
Conhecimento sobre TARV (respostas corretas para cada item)		
TARV diminui a infecção por HIV/aids	179	94,2
TARV melhora a resistência do organismo	179	94,2
TARV ajuda a evitar algumas doenças graves	165	86,8
TARV deve ser tomada todos os dias	190	100,0
TARV se tomada de forma diferente da prevista ou para de tomar pode prejudicar a saúde	183	96,3
TARV deve ser tomada por toda a vida	185	97,4

Tabela 5. Adesão ao tratamento antirretroviral de acordo com cada medida de adesão

Medidas de adesão	Ambulatório Total (n= 190)	
	N	%
CEAT-VIH		
Adesão insuficiente	59	31,0
Adesão adequada e estrita	131	69,0
Registro na Farmácia		
Retirada regular	21	11,1
Retirada irregular	169	88,9

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho procurou explorar a temática da adesão ao tratamento antirretroviral e o perfil de PVHA. O perfil evidenciou que há a possibilidade de que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade estejam em condições de maior vulnerabilidade para adquirir a infecção, sendo necessárias campanhas de prevenção mais eficazes, que levem em consideração as características de cada grupo populacional. Esse dado é corroborado pela parcela identificada de pessoas que não entenderam as explicações recebidas sobre o HIV/aids.

Conforme visto, os resultados apontam para um cenário inquietante, em que os índices de não adesão observados são elevados no interior de Minas Gerais, em outros países em desenvolvimento e também em países desenvolvidos. De acordo com o ponto de corte estabelecido para adesão, que segundo a revisão integrativa desse estudo, variou entre 75% a 100% do uso das doses de medicação prescritas observou-se níveis de adesão entre 99% e 20%. Ressalta-se, assim, a dificuldade de comparação dos resultados entre diferentes estudos e até em um mesmo estudo, devido a diferenças metodológicas, deixando clara a necessidade da definição de uma medida padrão-ouro para a adesão, que permita a comparação da prevalência identificada em diferentes investigações e regiões/países.

Dentre os entrevistados, 68,9% apresentaram a carga viral indetectável, o que é preocupante ao se considerar as metas 90-90-90, reconhecidas pela UNAIDS e assumidas pelo Brasil, em que os países devem atingir até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão viral. O alcance dessas metas apresenta-se como um grande desafio nacional e internacional e reforça a necessidade de se oferecer cuidado integral às PVHA e do monitoramento e avaliação constante da adesão à TARV e de seus fatores associados. Destaca-se a necessidade que as pesquisas, além de aferir a adesão, possam também investigar seus fatores associados. Ainda,

a revisão de literatura desse trabalho permitiu identificar uma multiplicidade de fatores associados à adesão, que variaram conforme a população estudada, apontando para a complexidade da questão e para a necessidade de constantes investigações nessa área, que levem em consideração aspectos sócio-históricos e culturais. Em um país com as dimensões do Brasil e as particularidades regionais, faz-se necessário investir em pesquisas populacionais, que garantam a inclusão na amostra de PVHA multiexperimentadas e integrantes de populacionais específicos, como por exemplo, idosos, jovens adultos e mulheres que fazem sexo com outras mulheres.

Os dados levantados na revisão de literatura e no estudo descritivo demonstram a necessidade que os serviços de assistência à PVHA caracterizem sua população, sistematizem medidas de adesão e monitorem a adesão continuamente. Essas medidas visam a detecção precoce da não adesão e o estabelecimento de planos de intervenção de acordo com as demandas e necessidades dos usuários de cada serviço.

Pontua-se a urgência de investimentos em políticas públicas visando à prevenção do HIV/aids, ao oferecimento de cuidado integral às PVHA e à adesão à TARV. Políticas que contemplem desde a capacitação das equipes de saúde e infraestrutura dos serviços até ações de seguridade social, promovendo o respeito e o combate ao estigma e discriminação relacionados à infecção.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

Alves, R. A. (1998). *Concerto para corpo e alma*. Papirus Editora.

Ayres, M. (2012). *Elementos de Bioestatística*. (2ª ed). Belém: Autor.

Ayres J. C. R. M., Calazans G. J., Junior I. F., & Saletti- Filho H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D,

- Freitas C M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Azevedo, R. L. W., Silva, E. A. A., Dionísio, L. R., & Saldanha, A. A. W. (2014). Transtornos afetivos/ cognitivos associados à TARV e à qualidade de vida no contexto da AIDS. *Revista Interamericana de Psicología*, 48(3).
- Bangsberg, D. R., Ragland, K., Monk, A., & Deeks, S. G. (2010). A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. *AIDS*, 24(18), 28-35.
- Becker, B. W., Thames, A. D., Woo, E., Castellon, S. A., & Hinkin, C. H. (2011). Longitudinal change in cognitive function and medication adherence in HIV-infected adults. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1888.
- Bianco, J. A., Heckman, T. G., Sutton, M., Watakakosol, R., & Lovejoy, T. (2011). Predicting adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected older adults: the moderating role of gender. *AIDS and Behavior*, 15(7), 1437-1446.
- Blashill, A. J., Gordon, J. R., & Safren, S. A. (2012). Appearance concerns and psychological distress among HIV-infected individuals with injection drug use histories: prospective analyses. *AIDS patient care and STDs*, 26(9), 557-561.
- Bonolo, F. P., Ceccato, M. D. G. B., Rocha, G. M., Acúrcio, F. A., Campos, L. N., & Guimarães, M. D. C. (2013). Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics*, 68 (5), 612-620.
- Bonolo, F. P., Gomes, R. R. F. M., & Guimaraes, M. D. (2007). Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16(4), 267-278.

Brasil (1996). Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS*. Recuperado em 11 de março de 2017 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: *Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar*: Projeto Atar. Brasília. 408 p. : il. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2014*. Brasília. Recuperado em 31 de maio de 2015 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>.

Brasil (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recuperado em 5 de fevereiro de 2016 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_1_1_2015_web_pdf_19105.pdf>.

Brasil (2015b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, atualizado em 2015. Recuperado em 20 de abril de 2017 de

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

Brasil (2015c). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Dolutegravir como terceira linha de tratamento do HIV/AIDS/ relatório de recomendação*. Brasília. Recuperado em 12 de junho de 2017 de <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Dolutegravir_CP.pdf>.

Brasil (2016a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recuperado em 5 de dezembro de 2016 de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf.

Brasil (2016b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Impressão de Laudos e Resultados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL)*. Listagem de carga viral- Hospital de Clínicas UFTM, Março de 2016.

Brasil (2017a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *AIDS*. Recuperado em 20 de maio de 2017 de <<http://www.aids.gov.br/aids>>.

Brasil (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Nota Informativa N°007/2017- DDAHV/SVS/MS*. Recuperado em 5 de abril de 2017 de

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2017/59412/nota_informativa_007_protocolo_de_uso_arv_2017_29907.pdf>.

Brasil (2017c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Falha ao tratamento antirretroviral e terapia de resgate*. Recuperado em 6 de junho de 2017 de <<http://www.aids.gov.br/pcdt/8>>.

Brasil (2017d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther*, 35(1),79-89.

Buscher, A., Hartman, C., Kallen, M. A., & Giordano, T. P. (2012). Impact of antiretroviral dosing frequency and pill burden on adherence among newly diagnosed, antiretroviral-naive HIV patients. *International journal of STD & AIDS*, 23(5), 351-355.

Calvetti, P. Ü., Giovelli, G. R. M.,Gauer, G. J. C., & Moraes, J, F.D. (2017). Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-4.

Camargo, C. C. (2017). *Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina, Botucatu, SP.

Ceccato, M. D. G. B., Acurcio, F. A., Bonolo, P. F., Rocha, G. M., & Guimarães, M. D. C. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde. Pública*, 20(5), 1388- 1397.

- Cedillo, I. G., Castro, F. A., Delgado, M. R., & Cappello, O. S. A. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en psicología*, 25(112), 37-55.
- Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. B. M., & Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40(4), 576-581.
- Dagli-Hernandez, C., Lucchetta, R. C., Nadai, T. R., Galduróz, J. C. F., & Carvalho Mastroianni P. (2016). Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence.*, 10, 1787-1793.
- Dang, B. N., Westbrook, R. A., Black, W. C., Rodriguez-Barradas, M. C., & Giordano, T. P. (2013). Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PloS one*, 8(1), e54729.
- Dos Santos Silva, W., Feitoza de Oliveira, F. J., Alves de Oliveira Serra, M. A., de Andrade Arraes Rosa, C. R., & Gomes Nogueira Ferreira, A. (2015). Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6).
- Eyassu, M. A., Mothiba, T. M., & Mbambo-Kekana, N. P. (2016). Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 8(2), 1-7.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Fonseca, L. C. D., Martins, F. J., Vieira, R. D. C. P. A., Pereira, R. M. C., Ferreira, A. S., & Raposo, N. R. B. (2012). Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(2), 151-155.
- Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., & Reis, R. K. (2017) Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(1), e63158.

- Franco, R. K. G. F. (2010). *A Face Pobre da AIDS*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, CE.
- Galvão, M. T. G., Soares, L. L., Pedrosa, S. C., Fiuza, M. L. T., & de Araújo Lemos, L. (2015). Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV/Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 48
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335-342.
- Garcia, G. S., Lima, L. F., Silva, J. B., Andrade, L. D., & Abrão, F. M. S. (2012). Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/Aids: tendências da produção científica atual no Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm*, 24(3), 183-8
- Glass, T. R., & Cavassini, M. (2014). Asking about adherence—from flipping the coin to strong evidence. *Swiss Med Wkly*, 144, w14016.
- Gomes, R. R. D. F. M., Machado, C. J., Acurcio, F. D. A., & Guimarães, M. D. C. (2009). Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 495-506.
- Guerra, C. P. P., & Seidl, E. M. F. (2009). Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Paideia*, 19(42), 59-65.
- Harris, J. D., Quatman, C. E., Manring, M. M., Siston, R. A., & Flanigan, D. C. (2014). How to write a systematic review. *The American journal of sports medicine*, 42(11), 2761-2768.

- Jain, V., Hartogensis, W., Bacchetti, P., Hunt, P. W., Hatano, H., Sinclair, E., & Pilcher, C. D. (2013). Antiretroviral therapy initiated within 6 months of HIV infection is associated with lower T-cell activation and smaller HIV reservoir size. *Journal of Infectious Diseases*, 208(8), 1202-1211.
- Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (2016). *Global AIDS Uptade 2016*. Recuperado em 20 de Abril de 2017 de <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf>.
- Jones, A. S., Lillie-Blanton, M., Stone, V. E., Ip, E. H., Zhang, Q., Wilson, T. E., Cohen, M. H., Golub, E. T., & Hessol, N. A. (2010). Multi-dimensional risk factor patterns associated with non-use of highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected women. *Women's Health Issues*, 20(5), 335-342.
- Junior, L. L., Greco, D. B., & Carneiro, M. (2001). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev. Saúde Pública*, 35(6), 495-501.
- Kader, R., Govender, R., Seedat, S., Koch, J. R., & Parry, C.(2015). Understanding the Impact of Hazardous and Harmful Use of Alcohol and/or Other Drugs on ARV Adherence and Disease Progression. *PLoSOne.*,10(5), e0125088.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Amaral, C., White, D., Kalichman, M. O., Pope, H., Swetsze, C., Jones, M., & Macy, R. (2010). Health and treatment implications of food insufficiency among people living with HIV/AIDS, Atlanta, Georgia. *J of Urban Health*, 87(4), 631-641.
- Kalichman, S. C., Washington, C., Grebler, T., Hoyt, G., Welles, B., Merely, C., Kalichman, M. O., & Cherry C. (2015). Treatment outcomes among people living with HIV Who are food insecure and prescribed antiretrovirals taken with food. *J Prim Carer Community Health*, 6(1), 35-40.

- Kelly, C. M., Van Oosterhout, J. J., Ngwalo, C., Stewart, R. C., Benjamin, L., Robertson, K. R., Khoo, S., Allain, T. J., & Solomon, T. (2014) HIV associated neurocognitive disorders (HAND) in Malawian adults and effect on adherence to combination anti-retroviral therapy: a cross sectional study. *PLoSOne.*, 10;9(6), e 98962.
- Kelly, J. D., Hartman, C., Graham, J., Kallen, M. A., & Giordano, T. P. (2014). Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: results from the steps study. *J Assoc Nurses AIDS Care* ,25(5), 405-413.
- Keuroghlian, A. S., Kamen, C. S., Neri, E., Lee, S., Liu, R., & Gore-Felton, C. (2011). Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. *Journal of psychiatric research*, 45(7), 942-948.
- Kisenyi, R. N., Muliira, J. K., & Ayebare, E. (2013). Religiosity and adherence to antiretroviral therapy among patients attending a public hospital-based HIV/AIDS clinic in Uganda. *J Relig Health*, 52(1), 307-317.
- Knowlton, A. R., Yang, C., Bohnert, A., Wissow, L., Chander, G., & Arnsten, J. A. (2011). Informal care and reciprocity of support are associated with HAART adherence among men in Baltimore, MD, USA. *AIDS and Behavior*, 15(7), 1429-1436.
- Koole, O., Denison, J. A., Menten, J., Tsui, S., Wabwire-Mangen, F., Kwesigabo, G., Mulenga, M., Auld, A., Agolory, S., Mukadi, Y. D., Van Praag, E., Torpey, K., Williams, S., Kaplan, J., Zee, A., Bangsberg, D. R., & Colebunders, R. (2016). Reasons for missing antiretroviral therapy: results from a multi-country study in Tanzania, Uganda, and Zambia. *PloS one*, 11(1), e0147309.
- Langebeek, N., Sprenger, H. G., Gisolf, E. H., Reiss, P., Sprangers, M. A. G., Legrand, J. C., & Nieuwkerk, P. T. (2014). A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. *HIV medicine*, 15 (5), 286-290.

- Lee, W. K., Milloy, M. J. S., Walsh, J., Nguyen, P., Wood, E., & Kerr, T. (2016). Psychosocial factors in adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive people who use drugs. *Health Psychology, 35*(3), 290.
- Lehavot, K., Huh, D., Walters, K. L., King, K. M., Andrasik, M. P., & Simoni, J. M. (2011). Buffering effects of general and medication-specific social support on the association between substance use and HIV medication adherence. *AIDS Patient care and STDs, 25*(3), 181-189.
- Leite, L. H. M., Papa, A., & Valentim, R. C. (2011). Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. *Rev. Nutr., 24*(6), 873-881.
- Lemos, L. A., Fiuza, M. L. T., Reis, R. K., Ferrer, A. C., Gir, E., & Galvão, M. T. G. (2016). Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*, e2691.
- Leone, D., Borghi, L., Lamiani, G., Barlascini, L., Bini, T., Monforte, A. D. A., & Vegni, E. (2016). Illness Representations of HIV Positive Patients Are Associated with Virologic Success. *Frontiers in Psychology, 7*.
- Lima, H. M. M. (2006). *Adesão ao tratamento de HIV/Aids por pacientes com Aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Maich, I. F. (2012). *Avaliação da flexibilidade cognitiva em adultos com HIV*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Maqutu, D., Zewotir, T., North, D., Naidoo, K., & Grobler, A. (2011). Determinants of optimal adherence over time to antiretroviral therapy amongst HIV positive adults in South Africa: a longitudinal study. *AIDS Behav, 15*(7), 1465-1474.

- Marcellin F., Spire B., Carrieri M. P., & Roux P. (2013). Assessing adherence to antiretroviral therapy in randomized HIV clinical trials: a review of currently used methods. *Expert Rev Anti Infect Ther.*,11(3), 239-50. doi: 10.1586/eri.13.8.
- Melo Neto, J. C. D. (1966). A educação pela pedra. *Rio de Janeiro: Editora do Autor.*
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17 (4), 758-764.
- Milloy, M. J., Kerr, T., Buxton, J., Rhodes, T., Guillemi, S., Hogg, R., & Wood, E. (2011). Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. *Journal of infectious diseases*, 203(9), 1215-1221.
- Morojele, N. K., Kekwaletswe, C. T., & Nkosi, S. (2014). Associations between alcohol use, other psychosocial factors, structural factors and antiretroviral therapy (ART) adherence among South African ART recipients. *AIDS Behav.*,18(3), 519-524.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental:desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367.
- Murphy, P., Cocohoba, J., Tang, A., Pietrandoni, G., Hou, J., & Guglielmo, B. J. (2012). Impact of HIV-specialized pharmacies on adherence and persistence with antiretroviral therapy. *AIDS patient care and STDs*, 26 (9), 526-531.
- Nelsen, A., Gupta, S., Trautner, B. W., Petersen, N. J., Garza, A., Giordano, T. P., Naik, A. D., & Rodriguez-Barradas, M. C. (2013). Intention to adhere to HIV treatment: a patient-centred predictor of antiretroviral adherence. *HIV medicine*, 14 (8), 472-480.
- Nemes, M. I., Carvalho, H. B., & Souza, M. F. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, 18, 15-20.

- Newville, H., Berg, K. M., & Gonzalez, J. S. (2015). The interaction of active substance use, depression, and antiretroviral adherence in methadone maintenance. *Int J Behav Med*, 22(2), 214-222.
- Nokes, K., Johnson, M. O., Webel, A., Rose, C. D., Phillips, J. C., Sullivan, K., & Sefcik, E. (2012). Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 403-410.
- Nunes, A. A., Silva-Vergara, M. L., Melo, I. M. D., Silva, A. L. A. D., Rezende, L. D. S. D. A., & Guimarães, P. B. (2008). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids internados em um hospital de ensino do Brasil. *Rev. panam. infectol*, 10(3), 26-31.
- Oliveira, M. C. M. (2002). *A evolução neuropsicológica e psicopatológica em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Pardi, G. R., Nunes, A. A., Canassa, P. G. F., & Correia, D. (2009). Profile of Adherence to Highly active Antiretroviral Therapy of patients older than 50 years old. *Acquir immune Defic Syndr*, 52(2), 301- 302.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., Wagener, M. M., & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 133(1), 21- 30.
- Piña, J. A., Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Ybarra, J. L., & Cázares, Ó. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia psicológica* 2011; 29(2): 149-157.
- Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Neto, A. T., & Buchalla, C. M. (2004). Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *Aids*, 19, 64-69.

- Perucchi, J., Rodrigues, F. D., Jardim, L. N., & de Calais, L. B. (2011). Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: Algumas reflexões. *Revista Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 72-80.
- Polejack, L., & Seidl, E. M.F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/ AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1201-1208.
- Ramírez, M. T. G., & López, J. A. P. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399.
- Rego, S. R. M., Oliveira, C. F. A., Rego, D. M. S., Santos, J. R. F., & Silva, V. B. (2011). Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *J. Bras. Psiquiatr*, 60 (1), 46-49.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.
- Remor, E., Milner Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev. Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Remor, E. (2013a). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 6 (2), 61-73.
- Remor, E. (2013b). Release of an Online Self-Reporting Tool for Assessing Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH). *Journal of Antiviral & Antiretrovirals*, 5, 178-179.
- Rocha, G. M. (2010). *Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

- Rocha, G. M., Bonolo, P. F., Ceccato, M. G. B., Campos, L. N., Gomes, R. R. F. M., Acúrcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (2010). Adesão ao tratamento antirretroviral: Uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Machado JM, organizadores. *Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR*. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série: Pesquisas, Estudos e Avaliação n° XX. Brasília.
- Rocha, G. M., Machado, C. J., Acurcio, F. A., & Guimaraes, M. D. C. (2011). Monitoring adherence to antiretroviral treatment n Brazil: an urgent challenge. *Cad. Saúde pública*, 27(S.1), 67-78.
- Rodrigues, R., Bogg, L., Shet, A., Kumar, D. S., & De Costa, A. (2014). Mobile phones to support adherence to antiretroviral therapy: what would it cost the Indian National AIDS Control Programme? *J Int AIDS Soc.*,17, 19036.
- Rossi, S. M.G., Maluf. E. C. P., Carvalho, D. S., Ribeiro, C. E. L., & Battaglin, C. P. (2012). Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento de Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 32(2), 117- 123.
- Safren, S. A., Mayer, K. H., Ou, S. S., McCauley, M., Grinsztejn, B., Hosseinipour, M. C., & Chen, Y. Q. (2015). Adherence to Early Antiretroviral Therapy: Results From HPTN 052, a Phase III, Multinational Randomized Trial of ART to Prevent HIV-1 Sexual Transmission in Serodiscordant Couples. *Journal of acquired immunodeficiency syndromes (1999)*, 69 (2), 234-240.
- Salmanton-García, J., Herrador, Z., Ruiz-Seco, P., Nsang-Esono, J., Bendo, V., Bashmakovic, E., & Aparicio, P. (2016). Self-reported adherence to antiretroviral therapy in HIV+ population from Bata, Equatorial Guinea. *AIDS care*, 28(5), 543-553.

- Santos, L., Olkoski, M., Silva, D., Ohara, D., Sonigo, J., & Rombaldi, A. (2015). Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 19(6), 711.
- Scott Sutton, S., Magagnoli, J., & Hardin, J. W. (2016). Impact of pill burden on adherence, risk of hospitalization, and viral suppression in patients with HIV infection and AIDS receiving antiretroviral therapy. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 36(4), 385-401.
- Shuter, J., Sarlo, J. A., Kanmaz, T. J., Rode, R. A., & Zingman, B. S. (2007). HIV-infected patients receiving lopinavir/ritonavir-based antiretroviral therapy achieve high rates of virologic suppression despite adherence rates less than 95%. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1), 4-8.
- Silva, J. A. G., Dourado, I., Brito, A. M. D., & Silva, C. A. L. D. (2015). Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, 31(6), 1188-1198.
- Silva, L. F. G., Xavier, M. B., Kietzer, K. S., Said, R. D. C., & Freitas, J. J. D. S. (2016). Nível de atividade física e síndrome lipodistrófica em pacientes com HIV/Aids. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.*, 22(2), 147-152.
- Simoni, J. M., Huh, D., Wilson, I. B., Shen, J., Goggin, K., Reynolds, N. R., Remien, R. H., Rosen, M. I., Bangsberg D. R., & Liu, H. (2012). Racial/ethnic disparities in ART adherence in the United States: findings from the MACH14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 60(5), 466.
- Springer, S. A., Dushaj, A., & Azar, M. M. (2012). The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2119–2143.

- Sumari-de Boer, I. M., Sprangers, M. A., Prins, J. M., & Nieuwkerk, P. T. (2012). HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS Behav*, *16*(6), 1681-1689.
- Tapp, C., Milloy, M. J., Kerr, T., Zhang, R., Guillemi, S., Hogg, R. S., & Wood, E. (2011). Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC infectious diseases*, *11*(1), 86.
- Tran, B. X., Nguven, L.T., Nguven, O. L., Hoang, O. V., & Hwang, J. (2013). Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisitestudy. *Glob Health Action*, *6*, 10.3402.
- Venkatesh, K. K., Srikrishnan, A. K., Mayer, K. H., Kumarasamy, N., Raminani, S., Thamburaj, E., Prasad, L., Triche, E. W., Solomon, S., & Safren, S. A. (2010). Predictors of non adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected South Indians in clinical care: implications for developing adherence interventions in resource-limited settings. *AIDS patient care and STDs*, *24*(12), 795-803.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, *155* (2014) 104- 109. .
- Wilson, I. B., Bangsberg, D. R., Shen, J., Simoni, J. M., Reynolds, N. R., Goggin, K., Gross, R., Arnsten, J. H., Remien, R. H., Erlen, J. A., & Liu, H. (2013). Heterogeneity among studies in rates of decline of ART adherence over time: Results from the MACH14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *64*(5), 448.
- World Health Organization (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

Recuperado em 20 de fevereiro de 2016 de
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>.

Yaya, I., Landoh, D. E., Saka, B., Wasswa, P., Aboubakari, A. S., N'Dri, M. K., Patassi, A. A., Kombaté, K., & Pitche, P. (2014). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. *BMC Public Health*, 14(1), 1.

Zitko, P., Bestrán, C., Mejía, F., Celi, A.P., Greco, M.M., Afani, A., Martínez- Buitrago, E., Cassetti, I., Lasso, M., Belaunzarán- Zamudio, F., Sierra- Madero, J., Chanqueo, L., Marincovich, B., Parenti, P., Delgado, E., Morale, M., & Thormann, M., Terán R. (2016). Descripción de las características de 44 centros de atención VIH en 11 países de América Latina; Resultados del Taller Latinoamericano de VIH. *Rev Panam Infectol*, 18(1), 16-28.

Apêndice A. Questionário estruturado para pesquisa

Data de aplicação do questionário: ____/____/____

Entrevistador:

Identificação

Número de Identificação da pesquisa:

Nome do paciente:

Número do prontuário:

Aspectos demográficos e socioeconômicos

1. **A.1** Em qual cidade você reside?

2. **A.2** Qual o seu sexo? 1() masculino 2() feminino

Se feminino, está grávida? 1() não 2() sim

3. **A.3** Qual a sua cor? 1() branca 2() preta 3() amarelo 4() parda 5() indígena

4. **A.4** Qual a sua escolaridade?

1() nenhuma

2() Ensino Fundamental Incompleto

3() Ensino Fundamental Completo

4() Ensino Médio Incompleto

5() Ensino Médio Completo

6() Ensino Superior Incompleto

7() Ensino Superior Completo

5. **A.5** Qual seu estado civil?

1() solteiro 2() casado 3() viúvo 4() divorciado/separado/desquitado 5() união estável

6. **A.6** Sua residência é:

1() própria 2() alugada 3() emprestada 4() Instituição/ lar

5() Outra forma:

7. **A.7** Você reside com alguém? 1() não 2() sim

8. **A.8** Se sim, com quantas pessoas você mora?

9. **A.9** Qual a renda mensal de sua família?

1() até 468,5 reais

2() até 937 reais

3() até 1405,5 reais

4() até 1874 reais

5() até 2342,5 reais

6() até 2811 reais

7() até 3748 reais

8() até 4216,5 reais

9() até ou mais de 4685 reais

10. **A10** Quantas pessoas dependem dessa renda?

11. **A.11** Você possui renda própria? 1() não 2() sim

Se não, ir para pergunta 14

12. **A.12** Se sim, qual a sua principal fonte de renda:

1() emprego com carteira assinada

2() emprego sem carteira assinada

3() funcionário público

4() trabalha por conta própria

5() trabalha de vez em quando (faz bicos)

6() pensão por morte

7() auxílio doença

8() aposentadoria

9() outro auxílio do governo. Qual auxílio?

13. **A.13** Se trabalha seu horário de trabalho é?

1()fixo, diurno 2()fixo, noturno 2()plantão 3()alterna turnos

14. **A.14** Você pertence a alguma religião ou tem alguma crença religiosa?

1()Não 2()Sim.

15. **A.15** Se sim qual?1()católica 2() evangélica/crente 3()espírita Kardecista

4()espírita umbandista/candomblé 5()budista 6()não tem religião, mas acredita em Deus 7() outra, qual?

B Aspectos clínicos

16. **B.1** Faz quanto tempo que você sabe do seu diagnóstico de HIV?
_____anos

17. **B.2** Você já precisou ficar internado devido a alguma infecção oportunista ou associada ao HIV?

1() não 2()sim, apenas uma vez 3()sim, mais de uma vez

18. **B.3** Há quanto tempo faz tratamento com coquetel (medicamento antirretroviral)?

1() 6 meses a 1 ano

2() 1ano e 1 mês a 2 anos

3() 2 anos e 1 mês a 5 anos

4() 5anos e 1 mês a 10 anos

5() superior a dez anos

19. **B.4** Você apresenta(ou) algum(ns) desses sintomasno último mês?

1() diarreia crônica/ sintomas de diarreia há mais de 1 mês

2() febre baixa

3() fadiga/cansaço

- 4() suor noturno
- 5() perda de mais de 2 kg não intencionalmente no último mês
- 6() dor de cabeça
- 7() alterações neurológicas, como por exemplo, falta de memória, esquecimento, convulsões.
- 8() infecções em geral, como por exemplo, pneumonia, toxoplasmose, herpes- zoster
- 9() candidíase oral/ sapinho
- 10() alergias
- 11() Outros

20. **B.5** Você sente efeitos colaterais devido ao uso do coquetel (medicamento antirretroviral) ? 1() não 2() sim

21. **B.6** Se sim, qual (s) efeito (s) colateral (s) você observou?

- 1() diarreia 2() náuseas/enjôo 3() tontura 4() lesão na pele(rash) 5() dores de cabeça 6() alucinação 7() pesadelo 8() sonolência 9() insônia 10() vômitos
- 11() outros:

22. **B.7** Você tem diagnóstico psiquiátrico, como por exemplo transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, esquizofrenia? 1() não 2() sim.

Se sim qual?

23. **B.8** Utiliza medicações psiquiátricas, como por exemplo calmante, remédios para depressão? 1() não 2() sim

Se sim, qual?

C Lipodistrofia autorreferida

24. **C.1** Você observou mudanças no seu corpo que você relaciona ao diagnóstico de HIV e/ou ao tratamento antirretroviral (coquetel)?

- 1() não 2() sim

Se não, pular para pergunta 26

25. **C.2** Se sim qual(is)?

1() Aumento de gordura em algum(s) local(s) do corpo

2() Perda ou diminuição de gordura em algum(s) local(s) do corpo

3() suas veias se tornaram mais aparentes.

4() Outra. Qual? _____

26. **C.3** Levando em consideração às possíveis mudanças no seu corpo em decorrência do diagnóstico de HIV e/ou uso de antirretrovirais, como você se sente em relação a sua aparência?

1() muito insatisfeito 2() insatisfeito 3() satisfeito 4() muito satisfeito

D Serviço de saúde

27. **D.1** Em que ano você iniciou o acompanhamento médico nesse serviço de saúde, aqui na Funepu? _____

28. **D.2** Por que você escolheu esse serviço de saúde?

1() pela privacidade

2() por estar próximo de casa

3() pela qualidade do serviço

4() encaminhamento

5() por ser a referência da sua cidade

6() não sabe definir

29. **D.3** Você tem dificuldade para agendar consulta nesse serviço?

1() nunca 2() algumas vezes 3() metade das vezes 4() muitas vezes

5() sempre

30. **D.4** Você tem dificuldade para retirar sua medicação na farmácia?

1() nunca 2() algumas vezes 3() metade das vezes 4() muitas vezes

5()sempre

31. **D.5** Você considera que foi tratado com respeito e cordialidade no serviço?

1()nunca 2 ()algumas vezes 3() metade das vezes 4 ()muitas vezes

5()sempre

32. **D.6** Como você classificaria as condições gerais da infraestrutura desse serviço(por exemplo banheiros, bebedouros, sala de espera, sala de consulta)?

1()péssima 2 ()ruim 3 ()regular 4 ()boa 5()excelente

33. **D.7** Como você classificaria sua satisfação com o atendimento prestado no serviço?

1()muito insatisfeito 2 ()insatisfeito 3()satisfeito 4()muito satisfeito

34. **D.8** Você recebeu alguma orientação sobre alimentação nesse serviço de saúde?

1 () não 2()sim

Se sim, que profissional o orientou?

35. **D.9** Você recebeu algum tipo de orientação nesse serviço sobre HIV/ aids?

1()não 2()sim

Se não pular para pergunta 38

36. **D.10** Que profissional o orientou?

37. **D.11** Com que frequência você compreendeu essas orientações?

1()não compreendi 2 ()algumas vezes 3() metade das vezes 4 ()muitas vezes

5()sempre

38. **D.12** Você recebeu algum tipo de orientação nesse serviço sobre o coquetel (medicação antirretroviral)?

1() não 2()sim

Se não pular para pergunta 41

39. **D13.** Que profissional o orientou?

40. **D14.** Com que frequência você compreendeu essas orientações?

1() não compreendeu 2 () algumas vezes 3 () metade das vezes 4 () muitas vezes

5() sempre

E Conhecimento sobre HIV/aids e antirretrovirais

41. **E.1** Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o Vírus HIV. Gostaria que você respondesse se acha certo ou errado cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei".

O HIV destrói a defesa do organismo:1()certo 2()errado 3()não sei

O HIV tem cura:1()certo 2()errado 3()não sei

O HIV pode-se pegar pelo sangue contaminado:1()certo 2()errado 3()não sei

O HIV pode-se pegar por meio de relação sexual:1()certo 2()errado 3()não sei

O HIV pode-se pegar através do abraço: 1()certo 2()errado 3()não sei

O HIV pode-se pegar pela picada de inseto:1()certo 2()errado 3()não sei

42. **E.2** Vou ler algumas afirmativas sobre o que é aids. Gostaria que você respondesse se acha certo ou errado cada afirmativa e caso não saiba, responda "não sei".

A aids tem tratamento:1()certo 2()errado 3()não sei

A aids é causada pelo vírus HIV:1()certo 2()errado 3()não sei

43. **E.3** Vou ler algumas afirmativas sobre como o coquetel (medicamento antirretroviral) age no corpo. Gostaria que você respondesse se acha certo ou errado cada afirmativa e caso não saiba, responda "não sei".

O coquetel diminui a infecção pelo HIV:1()certo 2()errado 3()não sei

O coquetel melhora a resistência do organismo:1()certo 2()errado 3()não sei

O coquetel ajuda evitar algumas doenças graves:1()certo 2()errado 3()não sei

O coquetel deve ser tomados todos os dias: 1()certo 2()errado 3()não sei

O coquetel se tomado de forma diferente da prevista ou parar de tomar pode prejudicar minha saúde:1()certo 2()errado 3()não sei

O coquetel deve ser tomado durante toda vida:1()certo 2()errado 3()não sei

F Hábitos de vida

44. **F.1** Você pratica atividades físicas? 1()não 2()sim

45. **F.2** Quantas refeições você faz por dia ou quantas vezes você se alimenta ao longo do dia?

1() 2 refeições ou menos 2() 3 refeições 3() 4 refeições 4() 5 ou mais

46. **F.3** Você considera que sua alimentação é?

1()péssima/muito inadequada 2()ruim/inadequada 3()regular

4()boa/adequada 5()excelente/muito adequada

47. **F.4** Tem algum alimento que não pode comer devido ao uso dos antirretrovirais (coquetel)?

1()não 2()sim

48. **F.5** Normalmente quantas horas você dorme por dia?

1()3 horas ou menos 2() entre 4 e 5 3() entre 6 e 7 4()8 ou mais

49. **F.6** Normalmente você acorda descansado?

1()nunca 2()algumas vezes 3() metade das vezes 4()muitas vezes 5()sempre

50. **F.7** Pensando em seus relacionamentos sexuais atualmente, você diria que:

1() nunca fez sexo

2() não fez sexo nos últimos 6 meses

3() Faz sexo de vez em quando (menos de 1 vez por mês) com a mesma pessoa.

4() Faz sexo de vez em quando (menos de 1 vez por mês) com pessoas diferentes.

5() Faz sexo sempre, com a mesma pessoa.

6()Faz sexo sempre, com pessoas diferentes.

51. **F.8** Você faz uso do preservativo em relações sexuais em:

1()nunca 2()algumas vezes3() metade das vezes 4()muitas vezes

5()sempre

52. **F.9** Qual sua orientação sexual?

1() homossexual 2() heterossexual 3() bissexual 4() não se interessa por nenhum sexo

53. **F.10**Nos últimos seis meses, alguma vez você fez uso de bebidas alcoólicas?

1()não 2()sim

Se não pular para pergunta 55

54. **F.11**Se sim. Com que frequência você usou bebida alcoólica nos últimos seis meses?

1()somente uma vez

2()pelo menos uma vez por mês

3()pelo menos 1 vez por semana

4() mais de uma vez por semana

5()pelo menos uma vez por dia

55. **F.12**Nos últimos seis meses, alguma vez você usou drogas ilícitas?

1() não 2() sim

Se não pular para pergunta 58

56. **F.13** Se sim, o que você usou?

1()Maconha 2()Cocaína 3()crack 4()drogas injetáveis 5()Outra (bola, extasy, doce, cola, LSD). Qual?

57. **F.14** Se sim, com que frequência você fez uso de drogas nos últimos seis meses?

1()somente uma vez

2()pelo menos uma vez por mês

3()pelo menos 1 vez por semana

4() mais de uma vez por semana

5()pelo menos uma vez por dia

58. **F.15** Atualmente você fuma cigarro? 1()não 2()sim

59. **F.16** Se sim, com que frequência você fez uso de cigarro na última semana?

1()somente uma vez 2() mais de uma vez na semana3()pelo menos uma vez por dia 4() mais de uma vez por dia

G Apoio familiar e social

60. **G.1** Você falou para uma pessoa ou mais de uma pessoa próxima sobre seu diagnóstico para HIV?

1()não 2()sim

61. **G.2** Se sim, para qual (s) pessoa (s)?

1()parente 2()amigo 3()parceiro 4()alguém do trabalho5() outra pessoa.Especificar:

62. **G.3** Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: lembrar a hora da medicação, o dia de consulta, trazer na consulta ou qualquer outra situação?)

1()nunca 2()algumas vezes 3() metade das vezes 4()muitas vezes 5()sempre

63. **G.4** Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu estado emocional e motivação para seguir o tratamento de saúde?

1()nunca 2()algumas vezes 3() metade das vezes 4()muitas vezes

5()sempre

H Uso de antirretrovirais

64. **H.1** Por qual (s) forma (s) você reconhece seus medicamentos?

pelo nome 2 pelo tamanho 3 pelo formato 4 pela cor

5 pelo frasco

6 não reconhece

65. **H.2** Fez anteriormente outro tipo de esquema terapêutico?

1 não 2 sim

66. **H.3** Você já deixou de tomar o medicamento para HIV alguma vez?

1 não 2 sim

67. **H.4** Se sim, por qual (s) motivo (s) abaixo:

1 por duvidar do diagnóstico de HIV/aids

2 por sentir piora na saúde

3 por esquecimento

4 por descanso da medicação

5 por indicação médica

6 por falta do medicamento em casa

7 por ter dificuldade em guardar o medicamento

8 por ter desistido de viver

9 por problemas financeiros

10 por problemas familiares

11 para usar bebidas alcoólicas

12 para usar drogas

13 por causa da religião

14 por tratamento caseiro/alternativo

15 pelos efeitos colaterais

16 por outras razões, quais?

Apêndice B. Questionário de dados de medidas antropométricas e de dados coletados em prontuário e na farmácia do serviço.

Nome do aplicador:

Data de aplicação: ___/___/___

Nome do paciente:

Registro no prontuário:

Verificar

1. Peso (kg):

2. Altura:(m):

3. Circunferência abdominal

Verificar no prontuário

1. Qual o dia, mês e ano do nascimento do participante? ___/___/_____

2. Idade: _____ anos

3. Presença de morbidades? Quais?

4. Infecções associadas ou devidas ao HIV? Quais?

5. Valor de CD4 – último

Resp.:

6. Data da realização: ___/___/_____

7. Valor da Carga viral – última

Resp.:

() indetectável () menor que 1000 cópias () maior que 1000 cópias

8. Data da realização: ___/___/_____

9. Quais medicamentos está utilizando no momento?

Verificar na farmácia

1. Retirada da TARV nos últimos seis meses

Data de verificação: ___/___/___

1Mês 1: Data da retirada: ___/___/___

2Mês 2: Data da retirada: ___/___/___

3Mês 3: Data da retirada: ___/___/___

4Mês 4: Data da retirada: ___/___/___

5Mês 5: Data da retirada: ___/___/___

6 Mês 6: Data da retirada: ___/___/___

2. Troca da medicação nos últimos seis meses? 1() não 2() sim

3. Esquema antirretroviral, doses e posologia em uso:

**Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para participantes
maiores de idade**

Título do Projeto: Perfil e adesão à Terapia Antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Hospital de Clínicas da UFTM.

Termo De Esclarecimento

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo: Perfil e adesão à Terapia Antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no ambulatório de DIP do HC-UFTM. Os avanços na área das ciências da saúde ocorrem através de estudos como esse, por isso a sua participação é importante. O objetivo desse estudo é delinear o perfil e identificar fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral, ou seja, adesão aos medicamentos que você toma para o controle do HIV/aids ou adesão ao "coquetel", por pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HC-UFTM. Caso você participe, será necessário responder aos seguintes questionários: (1) questionário estruturado para pesquisa e as seguintes escalas; (2) questionário para avaliação de depressão, ansiedade e estresse; (3) questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids. Não será realizado nenhum procedimento que lhe traga risco à sua vida, caso aconteça de você experimentar algum tipo de desconforto frente as perguntas, despertando memórias, afetos e sentimentos, você poderá interromper a entrevista no momento que desejar, podendo conversar com o pesquisador que ofertará acolhimento imediato e oferecimento de escuta ativa.

É possível que sua participação na pesquisa possa auxiliar na sua compreensão da importância da Terapia Antirretroviral, ou seja, dos medicamentos que você toma para o HIV/aids e também chamado de coquetel, no controle da infecção por HIV/aids e na recuperação/ manutenção da sua saúde. A pesquisa também poderá auxiliar esse serviço de saúde a caracterizar sua população e a sistematizar medidas de adesão à Terapia

Antirretroviral (coquetel).

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Caso você tenha interesse você poderá solicitar junto a psicóloga do setor Patrícia, que também é uma das pesquisadoras, uma devolutiva com os resultados das escalas aplicadas durante a pesquisa.

Termo de Consentimento Livre após o Esclarecimento

Título do Projeto: Perfil e adesão à Terapia Antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Hospital de Clínicas da UFTM.

Eu _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido; A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me prejudicará em nada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba, / /

Assinatura do Voluntário e Documento de Identidade

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Orientador

Telefone para contato dos Pesquisadores: Patrícia Paiva Carvalho (34)33185233/
Sabrina Martins Barroso: (34) 3318-6929/ Fernanda Rodrigues O. Penaforte. (34) 37006922.

Em caso de dúvidas sobre esse estudo você pode entrar em contato com o Comitê de
Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34)
37006776.

Anexo A. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress DASS – 21

Nome do aplicador:

Data de aplicação:

Nome do paciente:

Registro no prontuário:

DASS- 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil por Vignola e Tucci (2014).

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma.

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo.

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo.

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo.

1 Você achou difícil se acalmar: ()0 ()1 ()2 ()3

2 Você sentiu sua boca seca: ()0 ()1 ()2 ()3

3 Você não conseguiu vivenciar nenhum sentimento positivo: ()0 ()1 ()2 ()3

4 Você teve dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico): ()0 ()1 ()2 ()3

5 Você achou difícil ter iniciativa para fazer as coisas: ()0 ()1 ()2 ()3

6 Você teve a tendência de reagir de forma exagerada às situações: ()0 ()1 ()2 ()3

7 Você sentiu tremores (ex. nas mãos): ()0 ()1 ()2 ()3

8 Você sentiu que estava sempre nervoso: ()0 ()1 ()2 ()3

9 Você preocupou-se com situações em que você pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo: ()0 ()1 ()2 ()3

10 Você sentiu que não tinha nada a desejar: ()0 ()1 ()2 ()3

11 Você sentiu-se agitado: ()0 ()1 ()2 ()3

12 Você achou difícil relaxar: ()0 ()1 ()2 ()3

13 Você sentiu-se depressivo (a) e sem ânimo: ()0 ()1 ()2 ()3

14 Você foi intolerante com as coisas que te impediam de continuar o que você estava fazendo: ()0 ()1 ()2 ()3

15 Você sentiu que ia entrar em pânico: ()0 ()1 ()2 ()3

16 Você não conseguiu se entusiasmar com nada: ()0 ()1 ()2 ()3

17 Você sentiu que não tinha valor como pessoa: ()0 ()1 ()2 ()3

18 Você sentiu que estava um pouco emotivo/sensível demais: ()0 ()1 ()2 ()3

19 Você sabia que seu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca): ()0 ()1 ()2 ()3

20 Você sentiu medo sem motivo: ()0 ()1 ()2 ()3

21 Você sentiu que a vida não tinha sentido: ()0 ()1 ()2 ()3