EENF ESCOLA DE ENFERMAGEM

EENF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOICE SIMIONATO VETTORELLO

O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV

RIO GRANDE

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV

JOICE SIMIONATO VETTORELLO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor (a) em Ciências – Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Prof.ª Drª. Marta Regina Cezar-Vaz

RIO GRANDE
2023

Ficha Catalográfica

V592p Vettorello, Joice Simionato.
O processo de adesão da terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV / Joice Simionato Vettorello. – 2023.
88 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2023.
Orientadora: Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

1. Adesão à medicação 2. Conhecimento 3. Terapia antirretroviral de alta atividade 4. Antirretrovirais 5. HIV I. Cezar-Vaz, Marta Regina II. Título.

CDU 616.98:578.828

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FOLHA DE APROVAÇÃO

Joice Simionato Vettorello

O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação, em 21 de dezembro de 2023, e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Drª. CLARICE ALVES BONOW
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) - Efetivo

Prof. Dr. CARLOS HENRIQUE CARDONA NERY
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Profa. Drª. MARA REGINA SANTOS DA SILVA
Universidade Federal do Rio Grande PPGEnf/ FURG -Efetivo

Profa. Drª. LAURELIZE PEREIRA ROCHA
Universidade Federal do Rio Grande PPGEnf/ FURG – Suplente interno

Profa. Drª. CRISTIANE LIMA DE MORAES
Universidade Federal do Pampa – (UNIPAMPA) – Suplente externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão, que foi aprovada para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

gov.br Documento assinado digitalmente
JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM
Data: 29/02/2024 13:08:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

gov.br Documento assinado digitalmente
MARTA REGINA CEZAR VAZ
Data: 29/02/2024 11:39:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. (a) Dr. (a). Marta Regina Cezar-Vaz
Orientador (a)

RIO GRANDE
2023

Vettorello, Joice Simionato 2023. **O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV.** Número de folhas: 90. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

RESUMO

Objetivo: Estudar o processo de adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas vivendo com HIV atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado de um hospital universitário de acordo com o conhecimento do vírus da imunodeficiência humana e seu tratamento. Estudos evidenciam que há relação entre adesão ao tratamento antirretroviral e ao processo de adesão que as pessoas que vivem com HIV/AIDS possuem sobre o vírus HIV e o uso da Terapia antirretroviral. **Metodologia:** Estudo observacional do tipo caso controle com amostragem por incidência densidade norteado pela ferramenta Strobe. Participaram do estudo 300 pessoas vivendo com HIV. Sendo 100 pessoas com carga viral do HIV acima de 50 copias/ml no sangue foram os casos e os pacientes com carga viral indetectável, abaixo de 50 cópias/ml no sangue foram os controles. A adesão a terapia antiretroviral foi avaliada, além da carga viral do HIV, considerada neste estudo como padrão ouro, por auto relato através da aplicação do Questionário Simplificado de Adesão à Medicação; e retiradas de dispensação da terapia antirretroviral. Além disso, foi aplicado um instrumento construído pelos pesquisadores que caracteriza fatores relacionados à adesão, ao conhecimento da forma de contágio do HIV, ingestão dos antirretrovirais e características da adesão. Os dados foram analisados a luz da estatística descritiva e inferencial. Quanto à ética, foram observadas todas as exigências éticas previstas para pesquisas com seres humanos conforme Resolução nº. 466/12 e nº 510/16. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob parecer de número 5.944.493 e CAAE número 66937323.0.0000.5324 **Resultados:** Considerando a carga viral 33,3% foram considerados não aderentes; quanto avaliação auto referida 81,7% foram considerados não aderentes e quanto a dispensação de terapia antirretroviral apenas 12,3% estavam com retiradas irregulares na dispensação de antirretroviral. A não adesão a terapia medicamentosa antiretroviral estava significativamente associada ao maior tempo de tratamento da terapia antirretroviral; menor nível de escolaridade; contagem de células TCD4 abaixo de 350 células; e tomar quatro ou mais comprimidos de antirretrovirais por dia. Além disso, pessoas que vivem com HIV, que não receberam orientação sobre HIV/AIDS, que receberam e não compreenderam ou compreenderam algumas vezes e os que compreenderam metade das vezes tem uma chance 2,71, 11,7 e 4,16 vezes maior, respectivamente, de não aderência do que aqueles que compreenderam muitas vezes ou sempre (IC95%: 1,29 a 5,71; 4,23 a 32,4; 1,25 a 13,9, respectivamente). **Conclusão:** As pessoas que vivem com HIV que não receberam orientações sobre a medicação do HIV ou receberam e não compreenderam estão mais propensos a não adesão a medicação antiretroviral . Fica evidente o foco do processo terapêutico em evidencia a enfermeira, realizado no serviço de atendimento especializado que é a construção do conhecimento de forma conjunta e não verticalizada que promove estímulo a adesão ao tratamento e adoção de estímulos de vida saudável

Palavras-chave: Adesão à medicação; Conhecimento; Terapia antirretroviral de alta atividade; Antirretrovirais; HIV.

Vettorello, Joice Simionato 2023. **THE PROCESS OF ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY FOR PATIENTS WITH HIV INFECTION**. Number of sheets: 90. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS.

ABSTRACT

Objective: To study the process of adherence to antiretroviral treatment of people living with HIV treated in a Specialized Care Service of a university hospital according to knowledge of the human immunodeficiency virus and its treatment. Studies show that there is a relationship between adherence to antiretroviral treatment and the adherence process that people living with HIV/AIDS have regarding the HIV virus and the use of antiretroviral therapy. **Methodology:** Observational case-control study with density incidence sampling guided by the Strobe tool. 300 people living with HIV participated in this study. 100 of this people with an HIV viral load, above 50 copies/ml in their blood, were the cases and patients with an undetectable viral load, below 50 copies/ml in their blood, were the controls. Adherence to antiretroviral therapy was assessed, in addition to HIV viral load, considered in this study as the gold standard, by self-report through the application of the Simplified Medication Adherence Questionnaire; and withdrawals from dispensing antiretroviral therapy. Furthermore, an instrument constructed by the researchers was applied to characterize factors related to adherence, knowledge of the form of HIV transmission, intake of antiretroviral drugs and characteristics of adherence. The data were analyzed in light of descriptive and inferential statistics. Regarding ethics, all ethical requirements for research with human beings were observed in accordance with Resolutions No. 466/12 and No. 510/16. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, under opinion number 5.944.493 and CAAE number 66937323.0.0000.5324. **Results:** Considering the viral load, 33.3% were considered non-adherent; regarding self-reported assessment, 81.7% were considered non-adherent and regarding the dispensing of antiretroviral therapy, only 12.3% had irregular withdrawals when dispensing antiretroviral drugs. Non-adherence to antiretroviral drug therapy was significantly associated with longer antiretroviral therapy treatment time; lower level of education; CD4 cell count below 350 cells; and taking four or more antiretroviral pills per day. In addition, people living with HIV who did not receive guidance about HIV/AIDS, who received it and did not understand it or understood it sometimes and those who understood it half the time have a 2.71, 11.7 and 4.16 times greater chance, respectively, of non-adherence than those who understood often or always (95% CI: 1.29 to 5.71; 4.23 to 32.4; 1.25 to 13.9, respectively). **Conclusion:** People living with HIV who did not receive guidance on HIV medication or received it and did not understand it are more likely to not adhere to antiretroviral medication. The focus of the therapeutic process is evident in the nurse, carried out in the specialized care service, which is the construction of knowledge in a joint and non-vertical way that promotes encouragement of adherence to treatment and adoption of healthy living stimuli.

Keywords: Adherence to medication; Knowledge; Highly active antiretroviral therapy; Antiretrovirals; HIV.

Vettorello, Joice Simionato 2023. **El processo de adherencia a la terapia antirretroviral em pacientes com infección por HIV.** Número de hojas: 90. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Río Grande, Río Grande/RS.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar el proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral de personas que viven con VIH atendidas en un Servicio de Atención Especializada de un hospital universitario de acuerdo con el conocimiento del virus de la inmunodeficiencia humana y su tratamiento. Estudios demuestran que existe una relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y el proceso de adherencia que tienen las personas que viven con VIH/SIDA respecto al virus VIH y el uso de la terapia antirretroviral. **Metodología**: Estudio observacional del modelo casos y controles con muestreo de incidencia de densidad guiado por la herramienta *Strobe*. En el estudio participaron 300 personas que viven con VIH. Los casos fueron 100 personas con una carga viral del VIH superior a 50 copias/ml en sangre y los controles fueron pacientes con una carga viral indetectable inferior a 50 copias/ml en sangre. Se evaluó la adherencia a la terapia antirretroviral, además de la carga viral del VIH, considerada en este estudio como el estándar de oro, por autoinforme mediante la aplicación del Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación; y retiros de la dispensación de terapia antirretroviral. Además, se aplicó un instrumento construido por los investigadores para caracterizar factores relacionados con la adherencia, al conocimiento de la forma de transmisión del VIH y a la ingestión de medicamentos antirretrovirales y características de la adherencia. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. En cuanto a la ética, se observaron todos los requisitos éticos para la investigación con seres humanos de acuerdo con la Resolución n.º 466/12 y n.º 510/16. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande*, bajo dictamen número 5.944.493 y número CAAE 66937323.0.0000.5324. **Resultados**: Considerando la carga viral, el 33,3% se consideraron no adherentes; en cuanto a la valoración autoinformada, el 81,7% fueron considerados no adherentes y en cuanto a la dispensación de terapia antirretroviral, sólo el 12,3% tuvieron retiros irregulares en la dispensación de medicamentos antirretrovirales. La falta de adherencia al tratamiento con medicamentos antirretrovirales se asoció significativamente con un tiempo de tratamiento más prolongado con el tratamiento antirretroviral; nivel de educación más bajo; Recuento de células T CD4 inferior a 350 células; y tomar cuatro o más pastillas antirretrovirales al día. Además, las personas que viven con VIH que no recibieron orientación sobre VIH/SIDA, las que la recibieron y no la entendieron o la entendieron en ocasiones y las que la entendieron la mitad de las veces tienen una probabilidad 2,71, 11,7 y 4,16 veces mayor, respectivamente de no adherencia que aquellos que entendieron a menudo o siempre (IC del 95%: 1,29 a 5,71; 4,23 a 32,4; 1,25 a 13,9, respectivamente). **Conclusión**: Las personas que viven con VIH que no recibieron orientación sobre la medicación contra el VIH o la recibieron y no la entendieron tienen más probabilidades de no adherirse a la medicación antirretroviral. Se evidencia el enfoque del proceso terapéutico resaltado por la enfermera, realizado en el servicio de atención especializada, que es la construcción de conocimientos de manera conjunta y no vertical que fomente la adherencia al tratamiento y la adopción de estímulos de vida saludable.

Palabras clave: Adherencia a la medicación; Conocimiento; Terapia antirretroviral altamente activa;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. OBJETIVO GERAL 14
2.1. Objetivos Específicos 14
3. REVISÃO DE LITERATURA 16
3.1. Aspectos Epidemiológicos do HIV/AIDS 16
3.2. Estratégias de Tratamento 18
3.3. Adesão e Formas de mensurar 20
3.4. Estudo Sobre Conhecimento de Informação e estudos de caso controle sobre HIV/AIDS 23
4. METODOLOGIA 26
4.1. Tipo de Estudo 26
4.2. Local do Estudo 26
4.3. Participantes do Estudo 27
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão 28
4.5. Variáveis da Pesquisa 29
4.6. Coleta de Dados 32
4.7. Análise de Dados 33
4.8. Aspectos Éticos 35
4.9. Explicitação de critérios para suspensão ou encerramento a pesquisa 37
4.9.1. Aplicação de Estudo Piloto 37
5. RESULTADOS 38
5.1. Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das PVHI em uso de TARV dos não aderentes (casos) aderentes (controles) atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de um hospital universitário; 38
5.2. Comparar a adesão autorreferida da PVHI em uso de TARV com a carga viral atual e a regularidade de retiradas de TARVs na farmácia; 42
5.3. Identificar a associação entre o conhecimento da PVHI desenvolvido no processo terapêutico pedagógico no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a adesão da TARV. 46
6. DISCUSSÃO 56
CONCLUSÃO 65

REFERÊNCIAS 66
ANEXO 1 78
ANEXO 2 81
Apêndice A 85
Apêndice B 87
ANEXO 3 92
APENDICE C 93

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981. Constitui-se como uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), que gera imunodeficiência grave e pode acarretar no surgimento de infecções e neoplasias associadas podendo levar a morte (BRASIL, 2017).

É transmitido por contato com líquidos corporais que contenham o vírus ou células infectadas. O contágio ocorre, sobretudo, através do sangue, do sêmen, dos fluidos vaginais e do leite materno (transmissão vertical). A eficácia do tratamento está associada ao uso contínuo e ininterrupto da terapia antirretroviral (TARV), uma vez que, ainda não foi descoberta a cura do vírus (PETERSON, 2000; BRASIL, 2018).

O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento e o terceiro do mundo a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996 (Lei 9.313/96). Política que tem destaque mundial entre as estratégias para combater a epidemia. Com a adoção desta política, os resultados da administração dos fármacos antirretrovirais para o tratamento do HIV permitiram a redução da carga viral e, com isso, a manutenção e/ou restruturação do sistema imunológico, o que, na época, proporcionou benefícios marcantes na saúde dos indivíduos com HIV/AIDS. (LOPES et al., 2020).

Obteve-se, então, resultados favoráveis frente às comorbidades e expectativa de vida dos pacientes, expressos pela diminuição da morbimortalidade, das internações hospitalares e da transmissão vertical do vírus, além da redução do risco da transmissão horizontal e do desenvolvimento de HIV resistente aos medicamentos antirretrovirais e consequente aumento da longevidade dos indivíduos em razão da TARV (CANCIAN et al., 2015).

Outras ações importantes e de destaque na saúde pública, no enfrentamento da pandemia, adotadas pelo Brasil desde dezembro de 2013 são os protocolos denominados Tratamento como Prevenção (TasP) e o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), que recomendam o início da TARV, quando possível, desde a confirmação do diagnóstico, configurando-se como uma das medidas mais relevantes no controle da transmissão do vírus. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018A, 2018B; SEIDL & REMOR, 2020).

Estes protocolos baseiam-se em evidências de que a pessoa que vive com HIV que apresenta supressão viral em longo prazo, ou seja, carga viral indetectável há, pelo menos, seis meses, não transmite o HIV em relações sexuais sem o uso de preservativo. Essas descobertas evidenciam o conceito de que indetectável é igual à intransmissível, além dos benefícios do diagnóstico precoce e do tratamento para o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; RODGER et al., 2016 e 2019).

Então, o surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV) modificou a história da infecção pelo HIV. A AIDS, que antes era compreendida como uma doença letal, passou a ser uma condição crônica, permanente, passível de controle, necessitando-se dispensar orientações específicas ao paciente (BRASIL, 2014).

Entretanto, quase 30 anos após a criação de um tratamento eficaz capaz de neutralizar o vírus do HIV, a AIDS continua a ser um dos mais sérios desafios a nível global. Segundo o relatório de incidência do HIV na população mundial publicado pelo Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, 39 milhões de pessoas vivem com HIV em 2022. Deste total, 1,3 milhão de pessoas foram recém-infectadas com ele e 630 mil pessoas morreram de doenças relacionadas ao HIV.

Uma vez que, já mencionado anteriormente, se realizado tratamento correto com a terapia antirretroviral, o vírus HIV torna-se indetectável e não transmissível. Nota-se que o problema está na não adesão ao tratamento. As consequências de uma baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas conduzem a resultados clínicos ruins e elevam os custos do cuidado, comprometendo a eficácia do tratamento. Além desse ônus, tratando-se especificamente da AIDS, a não adesão ao tratamento é uma ameaça para a saúde pública, diante da possibilidade de transmissão de vírus multirresistentes (BRASIL, 2018).

A adesão a um fármaco envolve sua tomada na dose e frequência prescritas e realização de exames e consultas conforme solicitados (BRASIL, 2008). É um método colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação. Considera-se uma medida relacionada ao comportamento de uma pessoa no que se refere a tomar medicação, seguir uma dieta e/ou mudar o estilo de vida a partir das recomendações acordadas por um profissional de saúde. (SIMÕES et al., 2020).

Para uma pessoa que vive com HIV ser aderente é necessário todo um contexto que deverá seguir um processo contínuo e passa pelos seguintes momentos: diagnóstico oportuno,

início da terapia antirretroviral, vinculação do indivíduo a um serviço de saúde, sua retenção no seguimento por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado, a supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida comparável a das pessoas que não possuem o HIV. (BRASIL, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, das 960 mil PVHA no país, somente 627 mil estão em supressão viral (CV inferior a 50 cópias/mL) (BRASIL, 2022). A principal causa de falha da TARV é a má-adesão do paciente ao tratamento. Durante os períodos de adesão irregular, níveis séricos baixos dos medicamentos, insuficientes para suprimir completamente a replicação viral, exercem pressão seletiva sobre a população viral e promovem a emergência de subpopulações resistentes aos medicamentos. A resistência viral adquirida, consequência imediata da má adesão, é uma das principais causas da falha virológica (BRASIL, 2018).

Em um estudo realizado sobre estratégias usadas para melhorar os cuidados sobre as pessoas que vivem com HIV, observou-se que quando ocorre a retenção, aumenta a probabilidade de receber terapia antirretroviral, previne complicações associadas ao HIV, melhora o desfecho clínico e a sobrevida, diminui a transmissão do HIV em nível populacional e diminui a utilização dos serviços de emergências (HIGIA et al., 2022).

Tendo isso em vista, a adesão à terapia antirretroviral tornou-se uma preocupação constante dos profissionais de saúde para com os pacientes portadores do vírus HIV. Estudos de acompanhamento, realizados em serviços de saúde que prestam atendimento a pessoas vivendo com HIV, têm mostrado que a irregularidade no uso dos antirretrovirais é uma condição presente na vida das pessoas que utilizam esses medicamentos (MORELATO et al., 2015; CARVALHO et. al., 2019; EYASSU, 2016).

A confirmação do diagnóstico do HIV emerge diversos sentimentos negativos como medo, tristeza, desesperança e vergonha (MACIEL, et. al., 2019). Assim, a pessoa que vive com o HIV precisa passar por um processo de descoberta relacionado a sua própria existência, levando-a a uma necessidade de se (re)transformar e se habituar à nova rotina.

Dessa forma, a adesão à terapia antirretroviral caracteriza-se por um processo não linear, onde o paciente não apresenta sempre o mesmo comportamento quanto à adesão, por estar relacionada a fatores que incluem aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. As pessoas que têm o vírus HIV, como quaisquer outros indivíduos, têm dificuldades que ocorrem ao longo do tempo e que podem dificultar o processo de adesão

efetiva a terapia antirretroviral (BRASIL, 2018; WHO, 2013). Portanto, não é uma característica do usuário ser aderente, mas sim uma condição de estar aderente. (GOMES, et al., 2009).

Logo a adesão à terapia antirretroviral transcende à simples ingestão de medicamentos, e para ser efetiva, o MS 2018, considera três níveis diferentes de comprometimento (BRASIL, 2018). A saber:

O primeiro está relacionado ao serviço: exames laboratoriais, especialidades, agendamentos facilitados, vínculo e acolhimento (eficiente, eficaz, resolutivo);

O segundo se relaciona com a qualidade de assistência prestada pelo profissional no seu empenho em ouvir, interagir, conscientizar, adequar sua linguagem, etc;

Por fim, o terceiro a PVHI, que precisa conhecer, compreender e aceitar o tratamento proposto, aderindo às estratégias para o autocuidado.

A adesão acontece a partir do momento em que o paciente aceita sua condição de saúde, entende os mecanismos da doença e opta pelo autocuidado, por ser parte ativa do processo. Como uma prática de educação em saúde relacionada à aprendizagem, permite a pessoa pensar e repensar sua condição e, assim, intervir responsavelmente na sua realidade por meio de mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. (BRASIL, 2008).

Diante desta necessidade de construir o processo terapêutico-pedagógico entre as pessoas que vivem com HIV e os profissionais de saúde, foi criado, no ano de 1996, o ambulatório de Enfermagem de Adesão à terapia antirretroviral do Serviço de Atendimento de Infectologia (SAE) do Hospital Universitário HU- FURG.

Como enfermeira deste ambulatório, nota-se, a partir da observação durante a assistência diária de pacientes aderentes comparando com pacientes não aderentes, a profunda relação da adesão das pessoas vivendo com o HIV com o conhecimento do vírus, da eficácia do seu tratamento, a importância da tomada da medicação diariamente e interruptamente e o que a interrupção da TARV pode acarretar mesmo o paciente sendo assintomático.

Corroborando com estas observações, Shuber et. al. (2016) evidenciaram, em uma revisão sistemática realizada em seus estudos feitos em países com níveis diversos de desenvolvimento, que dentre os fatores apontados como determinantes de não adesão à terapia antirretroviral estão a ausência de compreensão dos benefícios do tratamento e a falta de informação sobre os efeitos prejudiciais ao organismo que a interrupção do tratamento terapêutico gera.

Além destes, fatores como número de comprimidos e doses prescritos por dia, da terapia antirretroviral (BONOLO, GOMES E GUIMARÃES, 2007; SOK et al., 2021; CARVALHO et al., 2021), fatores socioeconômicos, como baixa renda, situação de desemprego, baixa escolaridade (FORESTO et al, 2017; HAIDER et al., 2019; SOARES et al., 2019; MIRANDA et. al. 2022) e comportamentais como uso abusivo de substâncias ilícitas. (REGO et al., 2011; SOARES et al., 2019) também contribuem para baixa adesão a terapia antirretroviral .

Outros estudos, que buscaram avaliar os aspectos facilitadores da adesão, encontraram os sentimentos de autovalorização de pessoas que vivem com HIV, altos níveis de auto eficácia para aderir ao tratamento, percepção positiva da TARV, aceitação da soropositividade, uso de estratégias para lidar com o esquecimento; compreensão acerca da necessidade de níveis elevados de adesão e boa interação com os profissionais de saúde (CECCATO et al., 2004; FAUSTINO e SEIDL, 2010; POLEJACK e SEIDL, 2010; EYASSU, et al, 2016; SHUBBER, et al, 2016; KNAUTH et al., 2019).

Dentre os métodos apontados na literatura estudada para aferição da adesão ao tratamento antirretroviral os principais são o registro da retirada dos medicamentos na farmácia e o autorrelato (GARBIN, GATTO e GARBIN, 2017). Esses estudos evidenciam que a retirada regular do antirretroviral não significa que a pessoa vivendo com HIV é aderente (ROCHA et al., 2011; CAMARGO et al., 2014; SILVA et al., 2015). Já quanto ao autorrelato, muitas vezes, a pessoa que vive com HIV pode superestimar a adesão com receio de decepcionar ou desagradar os profissionais de saúde. (CARVALHO et al, 2019; COSTA et al., 2018).

Então formam-se as seguintes hipóteses: o perfil socioeconômico influencia na adesão ao antirretroviral; há diferenças na adesão autorreferida das pessoas que vivem com HIV quando comparada ao valor da carga viral; a regularidade das retirada de seus antirretrovirais nas unidades de dispensação de medicamentos, pelas pessoas vivendo com HIV, não significa que ela é aderente ao tratamento antirretroviral; o conhecimento desenvolvido no processo terapêutico-pedagógico no ambulatório de Enfermagem de Adesão à terapia antirretroviral do Serviço de Atendimento de Infectologia influencia na adesão da terapia antirretroviral das pessoas que vivem com HIV desse referido serviço.

2. OBJETIVO GERAL

Estudar o processo de adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas vivendo com HIV atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado de um hospital universitário, de acordo com o conhecimento do vírus da imunodeficiência humana e seu tratamento.

2.1. Objetivos Específicos

1 - Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral dos não aderentes (casos) e aderentes (controles) atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado de um hospital universitário;

2 - Comparar a adesão autorreferida das pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral com a carga viral atual e a regularidade de retiradas na farmácia;

3 - Identificar a associação entre o conhecimento das pessoas vivendo com HIV desenvolvido no processo terapêutico-pedagógico no Serviço de Atendimento Especializado e a adesão da terapia antirretroviral.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Com a finalidade de conhecer a temática do processo da pesquisa, auxiliar na análise, compreensão e sustentação dos dados, realizou-se a revisão narrativa de literatura. Conforme explicitam Vosgerau e Romanowsk (2014), é constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas. No entanto, é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (ELIAS et al., 2012).

A construção desta revisão foi feita por meio de busca realizada nas bases de dados nacionais e internacionais, especificamente: LILACS, PUBMED, CINAHL, SciELO, SCOPUS, além da busca de materiais em literatura cinzenta, disponíveis na íntegra e on-line nos bancos de teses e dissertações. Realizou-se, também, a busca em publicações advindas dos institutos governamentais de pesquisa nacionais e internacionais. Para melhor entendimento, esta revisão será dividida em tópicos, os quais serão especificados a seguir.

3.1. Aspectos Epidemiológicos do HIV/AIDS

Estima-se que o número de novos casos de HIV na América Latina tenha aumentado 21% desde 2010, com aproximadamente 120 mil novas pessoas infectadas em 2019. Constata-se que 23% das pessoas com HIV na América Latina e no Caribe desconhecem sua infecção e aproximadamente um terço é diagnosticada tardiamente, com imunodeficiência avançada (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA SAÚDE, 2019).

No Brasil, conforme o boletim epidemiológico - HIV/AIDS (2022), estima-se que, ao final de 2021, havia aproximadamente 960 mil pessoas vivendo com HIV no país. O país tem registrado, anualmente, uma média de 36,4 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos e, somente em 2021, mais de 11 mil óbitos foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em decorrência do agravo, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,2 óbitos por 100 mil habitantes, sendo quando analisada a mortalidade por UF, 13 delas apresentaram coeficiente padronizado superior ao nacional, sendo Rio Grande do Sul e

Amazonas os dois estados que apresentam maior coeficiente 7,7 óbitos/100 mil hab. (BRASIL, 2022).

Observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos. Com relação à escolaridade, no mesmo período, verificou-se um elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (25,1%). Nos casos de escolaridade informada, a maior parte possuía ensino médio completo, representando 21,5% do total. Em seguida, observam-se 11,7% de casos com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta (BRASIL 2022).

Quanto a forma de contágio do vírus, verificou-se que 52,1% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 31,0% heterossexual e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis. De 26,5%, passando de 22,5 casos/100 mil habitantes em 2011 para 16,5 casos/100 mil habitantes em 2021. Quanto ao sexo biológico, casos de Aids em homens e mulheres, foram de 25 homens para cada 10 mulheres. (BRASIL, 2022).

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta índices alarmantes dessa pandemia. Em 2021, quando analisada a mortalidade por UF, 13 delas apresentaram coeficiente padronizado superior ao nacional, que foi de 4,2 óbitos por 100 mil habitantes: Rio Grande do Sul e Amazonas (7,7 óbitos/100 mil hab.). (Ver figura 1)

Figura 1 - Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.

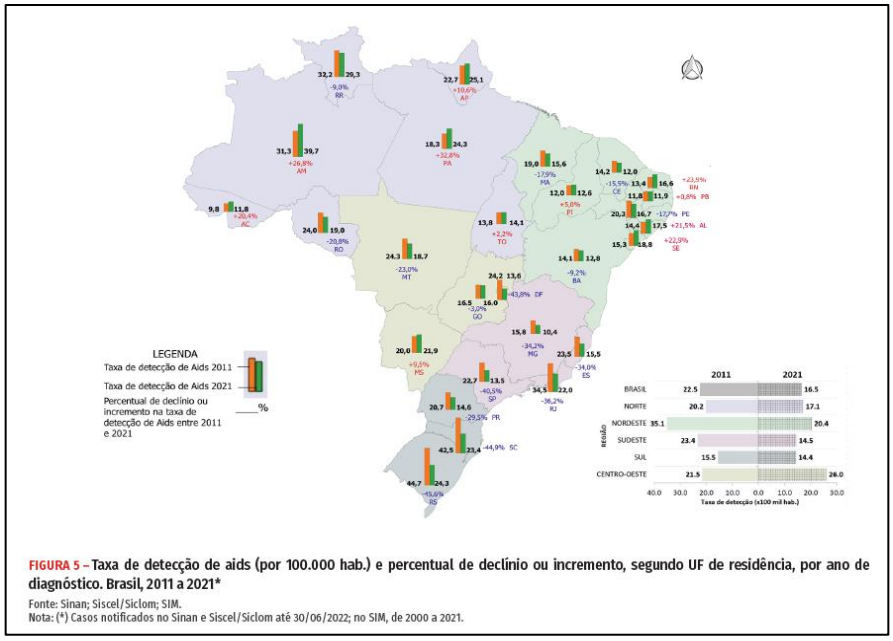


FIGURA 5 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021*

Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.
Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2022; no SIM, de 2000 a 2021.

Fonte: Boletim Epidemiológico - HIV/Aids (2022)

No ranking das UF, segundo o índice composto pelos indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos últimos cinco anos, em relação às capitais, as cinco posições mais elevadas no ranking, a capital do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar.

Nesse mesmo ano, dentre os municípios com 100 mil habitantes ou mais, dos 20 primeiros que apresentam as maiores taxas de HIV ou Aids, sete pertencem ao estado do Rio Grande do Sul, sendo que a cidade do Rio Grande ocupa o terceiro lugar no *ranking nacional*. (BRASIL, 2022).

Figura 2 - Ranking dos 30 municípios com mais de 100.000 habitantes segundo índice composto. Brasil, 2017 a 2021.

Ranking	Município	UF	Índice	Taxa de detecção[1]	Δ taxa de detecção[2]	Taxa de mortalidade[3]	Δ taxa de mortalidade[4]	Taxa de detecção <5 anos[5]	Δ taxa de detecção <5 anos[6]	Média do primeiro CD4[7]
1º	Belém	PA	6,872	48,6	-0,5	16,0	-0,1	6,0	-0,8	239
2º	Castanhal	PA	6,861	35,6	5,2	12,1	2,3	4,6	0,0	254
3º	Rio Grande	RS	6,656	48,9	-2,0	16,0	-0,1	4,8	0,0	270
4º	Manaus	AM	6,643	54,6	4,9	11,2	0,2	2,7	-1,3	251
5º	Porto Alegre	RS	6,627	49,8	-4,1	22,9	-0,4	4,3	-2,0	328
6º	Marituba	PA	6,356	36,7	-2,3	17,0	1,7	0,0	0,0	210
7º	Viamão	RS	6,286	36,6	-1,7	16,4	0,0	3,5	0,0	278
8º	Palhoça	SC	6,205	42,1	-0,9	9,1	0,4	5,3	0,0	284
9º	São Leopoldo	RS	6,179	33,0	-2,9	16,1	0,7	4,1	0,0	319
10º	Alvorada	RS	6,168	36,9	-1,2	18,0	0,4	1,9	-1,5	294
11º	São José	SC	6,153	41,2	-1,5	9,9	-0,2	4,3	1,6	281
12º	Novo Hamburgo	RS	6,135	32,9	-4,9	15,2	1,0	6,5	-3,2	285
13º	Mesquita	RJ	6,120	20,6	0,5	10,9	0,7	5,5	0,0	229
14º	Paranaguá	PR	6,114	28,2	-0,8	15,3	1,0	2,6	0,0	281
15º	Ananindeua	PA	6,111	36,1	2,4	12,5	-0,2	2,0	-1,4	223
16º	Piraquara	PR	6,091	22,5	1,1	6,6	1,4	3,3	2,5	196
17º	São João de Meriti	RJ	6,079	24,2	0,6	9,7	-0,2	6,2	0,8	251
18º	São José de Ribamar	MA	6,067	30,8	-5,5	11,2	1,0	5,4	0,0	230
19º	Várzea Grande	MT	5,983	36,3	1,8	9,3	0,8	1,4	0,0	250
20º	Porto Velho	RO	5,983	33,9	-2,5	7,2	-0,8	6,5	1,8	253
21º	Bacabal	MA	5,979	27,0	-0,3	10,2	-0,8	4,1	3,1	258
22º	Balneário Camboriú	SC	5,968	44,4	-7,4	10,3	-1,0	8,4	-0,2	342
23º	Canoas	RS	5,938	39,0	-2,6	16,1	0,6	1,4	-1,0	335
24º	Maceió	AL	5,873	29,2	-0,2	6,3	0,2	5,2	0,4	246
25º	Ilhéus	BA	5,853	24,8	2,7	13,1	2,3	0,0	-2,2	276
26º	Queimados	RJ	5,850	20,5	-1,8	6,2	-2,1	11,2	2,1	310
27º	Nossa Senhora do Socorro	SE	5,814	25,1	2,2	6,3	0,5	2,3	1,7	226
28º	Belford Roxo	RJ	5,788	21,8	0,0	8,5	0,0	6,1	-0,6	261
29º	São Mateus	ES	5,773	24,3	3,2	6,3	0,7	3,3	2,5	328
30º	Coxó	MA	5,769	26,8	-1,1	11,9	0,6	0,0	0,0	197

Fonte: Boletim Epidemiológico - HIV/Aids (2022)

3.2. Estratégias de Tratamento

Os primeiros casos de HIV, na década de 80, recebiam cuidados paliativos e medicamentos para o controle das complicações infecciosas. A estimativa de vida destes pacientes era de 5 meses. Em março de 1987 foi lançado, nos Estados Unidos, o primeiro medicamento antirretroviral (ARV), a zidovudina (AZT), o qual foi primeiramente usado no tratamento do câncer. Estudos evidenciaram que o fármaco diminuía a carga viral do HIV e aumentava a quantidade de células de defesa no sangue. (DOURADO et al., 2006)

O Brasil, passou a fornecer em 1991 o AZT pelo Ministério da Saúde. Nessa época, a (Terapia Antirretroviral) TARV era baseada na monoterapia. Outras drogas foram desenvolvidas nos anos sequentes, aumentando as opções de tratamento. Entre 1993 e 1994

surgiram os primeiros trabalhos sobre combinações de drogas: a TARV dupla, que passou a ser a TARV padrão no Brasil. Era indicada para pacientes com contagem de linfócitos TCD4 (CD4) entre 200 e 500 cels/mL, podendo ser utilizada a associação zidovudina + didanosina, zidovudina + zalcitabina ou zidovudina + lamivudina, incluindo o uso de um inibidor de protease (IP) se houvesse piora clínica ou imunológica, se fosse paciente grave virgem de TARV ou intolerante à zidovudina ou didanosina (ROSSI et al., 2012).

Posteriormente, a utilização destes fármacos entre os anos de 1994 e 1996, surge a dupla com nucleosídeos (ITRN) zidovudina e lamivudina (3TC), associados a um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (ITRNN), o efavirenz, que foi o primeiro esquema terapêutico oficialmente adotado e recomendado. Cria-se, então, em 1996, a terapia antirretroviral altamente ativa, ou High Active Antiretroviral Therapy (HAART) na qual ocorria a combinação de três ou mais medicamentos (BONOLO et al., 2007).

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo e Infecção pelo HIV em Adultos, publicado no ano de 2023 (BRASIL, 2023), os antirretrovirais, disponíveis no Brasil, para início de tratamento, além de eficácia, eram escolhidos levando em consideração alguns critérios como: boa tolerância, baixa toxicidade, possibilidade de dose única diária e de pílulas coformuladas.

O esquema atual preferencial para início de tratamento é a associação de tenofovir com lamivudina e dolutegravir (Tenofovir 300 mg(a) / Lamivudina 300 mg “2 x 1” Dolutegravir 50 mg 1x/dia) dois comprimidos em dose única uma vez ao dia . Caso a pessoa vivendo com HIV seja coinfectado segue os seguintes esquemas. Se usar esquema para tratamento de tuberculose rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) Tenofovir 300 mg(a) / Lamivudina 300 mg “2 x 1” 1x/dia + Dolutegravir 50 mg 12/12h, 3 comprimidos sendo o dolutegravir de 12 em 12 horas. (BRASIL, 2018).

Entretanto, ainda estão em uso esquemas mais antigos como o Efavirenz, Lamivudina e Tenofovir, o chamado três em um. Comprimido de dose única que passou a ser desaconselhado devida a toxicidade ao sistema nervoso central e efeitos colaterais como pesadelos, sonolência, alucinações. Outro fármaco é o Atazanavir desaconselhado o uso atualmente efeitos colaterais como: cefaléia, icterícia ocular, vômito, diarreia, dor abdominal, náusea, dispepsia, icterícia; coceira, fadiga; níveis aumentados de bilirrubina total, níveis aumentados de enzimas hepáticas e lipase plasmática. (PINTO NETO, 2016). Caso ocorra a falha de carga viral é aconselhável o resgate conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Esquemas de resgate após falha de esquema inicial

Esquema inicial em falha	Opções de esquemas de resgate *(todos de 1 dose diária)*	Comentários
2 ITRN + ITRNN	Tenofovir/lamivudina+ dolutegravir	Mais bem tolerado, o que favorece a adesão.
	Tenofovir/lamivudina+ darunavir+ritonavir	Em casos de comprometimento extenso dos ITRN e alto risco de má adesão, DRV+RTV pode ser mais seguro que DTG para evitar a emergência de mutações de resistência.
	Dolutegravir + darunavir/ritonavir	Em geral reservado para contraindicação ou toxicidade a TDF.
2 ITRN + IP+RTV	Tenofovir/lamivudina+ darunavir/ritonavir	Na falha de esquema inicial com IP/r, a regra é ausência de mutações no gene da protease. Pode-se manter o esquema, caso já inclua DRV/r.
	Tenofovir/lamivudina+ dolutegravir	Esquema preferido se a causa da falha for intolerância a IP/r, para melhorar a tolerância e a adesão. Em casos de comprometimento extenso dos ITRN e alto risco de manutenção da má adesão, DRV/r pode ser mais seguro que DTG para evitar a emergência de mutações de resistência.
	Dolutegravir + darunavir/ritonavir	Em geral reservado para contraindicação ou toxicidade a TDF.
2 ITRN + INI	Tenofovir/lamivudina+ sarunavir/ritonavir	Opção mais segura se o esquema inicial era baseado em RAL ou se não há possibilidade de genotipagem.
	Tenofovir/lamivudina+ dolutegravir	Na falha de esquema inicial com DTG não é comum que ocorram mutações para INI, por isso a possibilidade de manutenção do esquema. Caso a

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos

Versão preliminar

3.3. Adesão e Formas de mensurar

A quantidade exata de ingestão de comprimidos para obter o tratamento para HIV é contínua e manter um nível de adesão quase total a longo prazo representa um desafio significativo para pacientes e profissionais de saúde (WANG, 2007). A adesão aos antirretrovirais, como já mencionado anteriormente, está intimamente ligada à supressão da carga viral do HIV no plasma, que leva à reconstituição imune e diminui a transmissão do HIV (BRASIL, 2017).

A principal causa da falha da terapia antirretroviral é a má adesão do paciente ao tratamento (MORELATO et al., 2015; CARVALHO et al., 2019; EYASSU, 2016). Durante este período de adesão irregular, ou seja, tomadas esporádicas da TARV, os níveis séricos dos medicamentos são insuficientes para suprimir completamente a replicação viral. Isso proporciona, então, a formação de uma população viral resistente aos medicamentos, denominada resistência viral adquirida, responsável por 90% dos casos de falha virológica (BRASIL, 2018).

O principal parâmetro para detectar a falha da terapia antirretroviral é a falha virológica, caracterizada por carga viral detectável após 6 meses do início do tratamento ou presença de carga viral em indivíduos que haviam atingido supressão viral sob tratamento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

A quantidade exata de ingestão de comprimidos para obter a supressão viral não é clara, os primeiros estudos sobre adesão indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deve ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. (PETERSON et al., 2000).

Outros estudos indicaram que regimes mais potentes da terapia antirretroviral são capazes de manter a supressão viral em taxas de adesão inferiores a 95% (GLASS, 2014). Já o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos considera como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% das doses prescritas do regime terapêutico para alcançar a supressão viral e sua manutenção. (BRASIL, 2018).

Os resultados de revisões sistemáticas realizada sobre o tema mostraram que, quando se avalia a adesão, diferentes resultados podem ser alcançados a depender do período em que o paciente se encontra. Nesse sentido, quando se fala em adesão ideal, os estudos usam limiares diferentes para definir este valor, sendo o recorte médio entre 75% e 100 % (CARVALHO et al., 2017) e ≥64% a 100%. (COSTA et al., 2018). Contudo, as definições mais comuns utilizadas nas duas revisões sistemáticas para adesão ideal foram superiores a 95% das doses prescritas.

Os métodos utilizados para aferição da adesão incluem métodos objetivos e subjetivos. (POLEJACK E FLEURY, 2010). Não existe um consenso de que os procedimentos de mensuração da adesão são mais eficazes. Entretanto, a fidedignidade da medida de adesão ao

tratamento antirretroviral é essencial para avaliar as intervenções propostas, melhorar o seguimento do tratamento e prevenir a resistência viral.

Os métodos objetivos ou diretos referem-se à utilização de marcadores químicos e/ou biológicos para predizer a condição geral da saúde, pesquisar comorbidades, a presença de coinfecções. Atualmente, a contagem de células LT-CD4+ e a quantificação da carga viral são adotadas pelos profissionais da saúde sob orientação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT Adulto), não só para fornecer informações laboratoriais basais, como também para iniciar e monitorar a adesão à TARV (BRASIL, 2018).

Os resultados clínicos, métodos diretos, são considerados por alguns pesquisadores como uma das melhores medidas do comportamento de adesão de um paciente, Nesse sentido, a carga viral é uma das medidas mais valiosas para avaliar a progressão da doença e a eficácia do tratamento (VAJPAYEE, 2011; DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016), entretanto esta é mais invasiva e onerosa, além de requerer exames laboratoriais e ter a necessidade de ser realizada pelo menos duas vezes por ano, de acordo com as diretrizes (BRASIL, 2018).

Entre os métodos indiretos, pode se incluir o autorrelato, o monitoramento eletrônico de medicamentos (electronic medication monitoring), a contagem de comprimidos e os registros referentes à retirada de medicamentos da farmácia (CARVALHO, et al. 2022).

O método mais utilizado é o autorrelato do paciente. As perguntas são direcionadas ao número ou a frequência de doses perdidas/tomadas, ou simplesmente pedem aos indivíduos que avaliem seu nível de adesão, sempre considerando um tempo específico (BRASIL, 2008; POLEJACK, 2010; SILVA et al., 2015).

O uso de questionários frequentemente é feito com uma escala do tipo Likert como formato de resposta, em que uma resposta é ordenada de cinco pontos, variando da resposta mais positiva a mais negativa a uma afirmação (ZUGE E PADOIN, 2020). Embora o autorrelato individual possa ser barato, fácil de administrar e identificar com precisão o comportamento de uso de medicamentos, ele também pode superestimar a adesão, devido à conveniência social, ou seja, os entrevistados respondem às perguntas de uma maneira que será vista favoravelmente pela equipe de saúde (COSTA et al., 2018).

Ainda, sobre os instrumentos, verificou-se através de duas revisões sistemáticas sobre o tema realizadas (CARVALHO et al., 2017; COSTA et al., 2018) que dentre os padronizados/validados, os mais utilizados para medir a adesão autor-referida foram o

instrumento de adesão ao AIDS Clinical Trials Group (ACTG) (CHESNEY et al., 2000); o CAT - VIH - Tratado de Adesão aoTratamento para VIH / SIDA (VARELA et al., 2009); o CEAT-VIH - Estudo de Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (REMOR, 2013); a escala de adesão aos medicamentos Morisky, Green e Levine (MORISKY, GREEN E LEVINE, 1986); o PMAQ - Patient Medication Adherence Questionnaire (DUONG et al., 2001); o SMAQ - Questionário de Adesão a Medicamentos Simplificados (KNOBEL et al., 2002) e o VPAD - 24 - Variáveis psicológicas e comportamentais de adesão (PINA-LOPES et al., 2006).

Entretanto, não há uma medida padrão ouro para aferir a adesão, o que gera dificuldade nas comparações de estudos realizados com este tema. Recomenda-se sempre a combinação de dois ou mais métodos para medir a adesão ao processo terapêutico (CARVALHO, *et al*, 2022; (POLEJACK; FLEURY, 2010.).

Desta forma, neste estudo foi adotado o recomendado na literatura e reuniu-se três métodos para avaliar a eficácia da terapia antirretroviral, são eles: carga viral obtida através de sangue periférico de punção venosa. A determinação da carga viral para o HIV é obtida através da técnica de PCR-RT (tempo real) quantitativa e se destina a monitorar a infecção pelo HIV (BRASIL, 2018); o segundo registro de dispensação em farmácias: Neste método, a adesão terapêutica é avaliada com base na retirada do medicamento (primeira dispensação) e as retiradas subsequentes com retorno do paciente ao estabelecimento, monitoramento simples e gerencial, identificando a busca irregular do medicamento. (GOMES et al., 2009) e o terceiro método será a aplicação de um instrumento por autorrelato. E, sob essa perspectiva, escolheu-se o Questionário de Adesão a Medicamentos Simplificados (KNOBEL et al., 2002).

Método subjetivo elaborado e validado por Knobel et al. (2002), como base na escala de Morisky, com sensibilidade de 72% e especificidade de 91% para detecção de pacientes não aderentes à TARV, ou seja, considera o paciente não aderente aquele que toma menos de 90% da terapia medicamentosa prescrita. (REGO et al 2011).

3.4. Estudo Sobre Conhecimento de Informação e estudos de caso controle sobre HIV/Aids

Embora a adequada adesão (ou seja, a ingestão de, no mínimo, 80% das doses prescritas dos antirretrovirais) gerar a indetecção o vírus no organismo, quase 50% dos pacientes com doenças crônicas não aderem às diretrizes médicas. (TAVARES, et al., 2022).

Nesta perspectiva, percebe-se que, para melhorar a adesão, os pacientes precisam entender de forma clara e apropriada as informações de saúde relacionadas à sua doença ou doença específica. Esse entendimento pode ser essencial para ajudar os pacientes a gerar motivação, crenças e comportamentos de saúde adequados, necessários para melhorar os comportamentos gerais de adesão, como constatado em revisão sistemática, que apontou que pacientes com maiores níveis de conhecimento são mais propensos a manter uma boa adesão (MILLER, 2016).

Corroborando com isso, num estudo transversal, realizado em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, no estado de Minas Gerais Carvalho et. al. (2021) constataram através de aplicação de um instrumento que verificava o conhecimento das PVHI sobre o tratamento e a doença do HIV, que os participantes não aderentes à terapia antirretroviral tinham desconhecimento sobre informações importantes referentes a HIV/Aids. A falta de informações pode representar um risco para a adesão e para a disseminação do vírus HIV. O conhecimento sobre a infecção e seu tratamento pelas PVHA são destacados como também relacionados à melhor adesão aos antirretrovirais.

Estudo realizado por Cecatto et al. (2004) avaliou a compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV, e demonstrou compreensão insuficiente sobre antirretrovirais prescritos. Outro estudo, com o objetivo de identificar a associação entre o conhecimento sobre a terapia antirretroviral e o nível de adesão ao tratamento de adultos em rede ambulatorial, concluiu que o conhecimento sobre a TARV parece influenciar na adesão ao tratamento, sugerindo que os profissionais de saúde intensifiquem suas ações de educação em saúde envolvendo a temática (MORAES et. al., 2015).

Carvalho, Hamann e Matsushita (2007), em um estudo de caso controle que objetivou avaliar os fatores relacionados a adesão terapêutica dos antirretrovirais concluiu que está associada positivamente com maior grau de escolaridade, apoio social, e satisfação com o atendimento dos profissionais de saúde. Outro estudo de caso controle objetivou analisar a força de associação entre as variáveis adesão à medicação e uso problemático de álcool em pessoas

vivendo com HIV em uso de TARV, o qual concluiu que o uso de álcool é fator de risco para adesão. (REGO et al., 2011).

Já Lopes et al. (2020) objetivou identificar a associação entre as internações por HIV/Aids e os fatores que integram as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas através do método caso controle. Constituíram fatores de risco para internação hospitalar por HIV: indivíduos desempregados e aposentados/do lar; pessoas em situação de rua; não usuários de antirretroviral; indivíduos que não compareciam regularmente aos retornos. Acesso à assistente social constituiu-se um fator de proteção para internação.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Estudo observacional do tipo caso controle com amostragem por incidência densidade norteado pela *ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). (MALTA et al., 2010; SOUZA et. al., 2020). Constitui-se de uma lista com 22 itens de recomendação sobre o que deveria ser incluído em estudos observacionais transversais (Declaração STROBE), melhorando a metodologia dos estudos e, por conseguinte, os resultados que os pesquisadores necessitam ao analisar o estudo (VON ELM et al., 2007) (Anexo 1).

O estudo de caso-controle inverte a sequência temporal. Ele começa com a seleção de uma amostra de pacientes com o desfecho (casos) e outra amostra sem o desfecho (controles); então, comparam-se os níveis das variáveis preditoras nas duas amostras para determinar quais estão associadas ao desfecho. (NEUMAN et al., 2015).

No presente estudo, os pacientes com presença de CV acima de 50 copias/mL com dois ou mais resultados seguidos em um intervalo de tempo maior que 3 meses, serão considerados casos e os pacientes com carga viral indetectável, abaixo de 50 cópias/mL serão considerados controle. A variável preditora associada ao desfecho é a falta de informação quanto ao vírus e o tratamento de HIV. Como o tratamento do vírus HIV é contínuo, a exposição varia com o tempo. O paciente não é aderente, ele está aderente, então o mesmo paciente num dado intervalo de tempo pode ser caso ou pode ser controle. Dessa forma, a amostragem será por incidência densidade e os casos e controles serão pareados por tempo de tratamento e sexo.

4.2. Local do Estudo

O Hospital Universitário (HU) Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. é um hospital de ensino, público, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e presta serviço ambulatorial e hospitalar aos usuários da rede SUS do município do Rio Grande e região Sul do Estado. Com 190 leitos, contabilizou no ano de 2017 mais de 7.756 internações e 395.085 consultas ambulatoriais e de urgência. Possui o Serviço de Infectologia que é referência no tratamento de

pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) para 21 municípios da região Sul, além do Rio Grande, desde 1990.

O Estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Enfermagem de Adesão à terapia antirretroviral integrante do Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia (SAE) HU-FURG EBSERH. Este serviço foi fundado em 1994, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS), às coordenações locais de DST e aids (Brasil 2005).

O SAE tem função de suporte ambulatorial, assegura a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes e manutenção do tratamento, orienta-os e direciona-os, segundo as necessidades, a outros serviços, e incentiva a adesão ao tratamento e a aceitação dos pacientes e familiares à nova condição de ser ou ter um membro da família portador do vírus HIV ou doente de aids (SILVA et al., 2007).

O Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia (SAE Infectologia) está localizado no 2º andar do Prédio Anexo, acesso 7, e presta assistência aos pacientes portadores de doenças infecciosas, além de ser referência para o tratamento HIV/Aids para 21 municípios do Sul do Estado. No momento tem 3182 pacientes ativos no serviço.

Possui uma equipe multidisciplinar com especialistas em diversas áreas: infectologia, ginecologia, obstetrícia, nutrição, proctologia, nefrologia, urologia, dermatologia, neurologia, neurocirurgia, psiquiatria, cardiologia, pediatria, enfermagem, psicologia, assistência social e fisioterapia. Os profissionais prestam atendimento especializado e oferecem assistência de acordo com o grau de complexidade da enfermidade e necessidades do indivíduo. No SAE são realizados acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste para HIV; diagnóstico, consultas de adesão de enfermagem a terapia antirretroviral (TARV) e internações. Além disso, funciona junto ao serviço a Unidade Dispensadora de Medicamentos antirretrovirais (UDM).

4.3. Participantes do Estudo

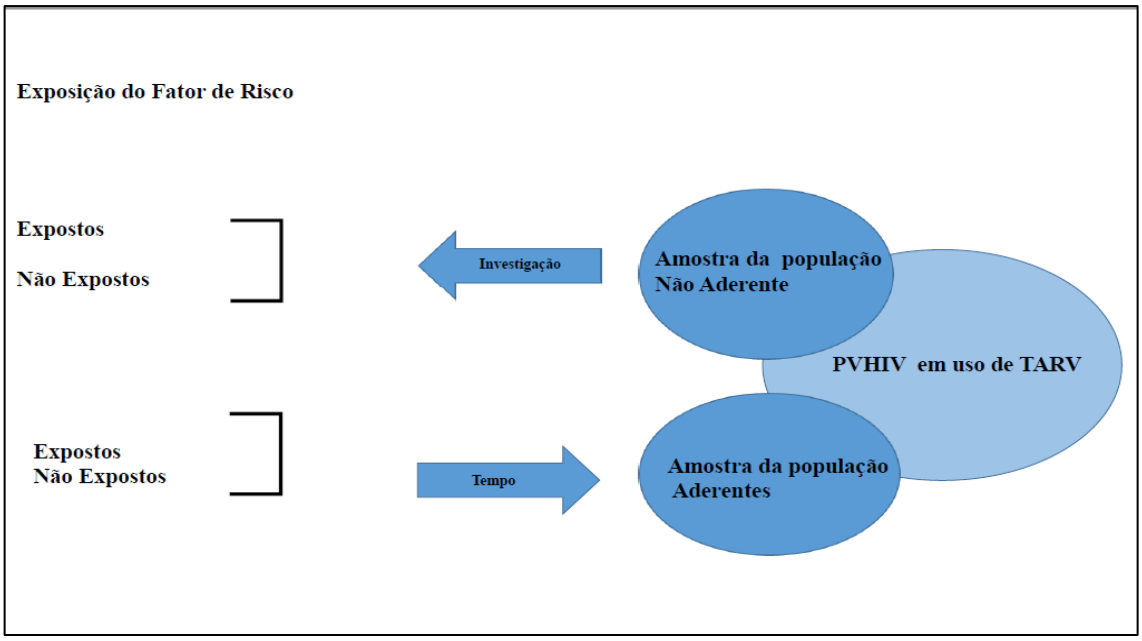
Participantes do estudo são pessoas que vivem com HIV cadastradas no prontuário eletrônico do Hospital Dia, pertencente ao Sistemas HU, atendidas no ambulatório de Adesão do Serviço de Infectologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior/EBSERH (HU-FURG).

Para o cálculo amostral foi considerado o número de pacientes ativos 3182 (Sistemas HU FURG 2023). 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, acrescido de 10% para possíveis perdas, estabeleceu-se tamanho amostral de 292 pessoas (EPI INFO 7,0).

Dessa forma, a amostragem mínima seria de 292 PVHI, sendo que, efetivamente, 300 PVIH participaram do estudo. Destes 100 casos (50 femininos e 50 masculinos) e 200 controles (100 femininos e 100 masculinos).

> Quando o seguimento é variável ou incompleto, ou a exposição varia com o tempo, não basta fazer uma única aferição da exposição no momento do ingresso na coorte nos casos e em uma amostra aleatória dos controles. Nessas situações, é melhor delinear um estudo de caso controle com amostragem por incidência-densidade e amostrar os controles a partir de conjuntos em risco. Os conjuntos em risco são definidos para cada caso, no momento em que ele ocorre, como os membros da coorte que foram acompanhados pelo mesmo período de tempo, mas ainda não se tornaram casos. (NEWMANN *et al*, 2015, p. 131).

Figura 3 - Fluxograma Estudo de Caso Controle.



Fonte: Newman et al., (2015)

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade mínima de 18 anos;

- Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica);

- Ter prontuário ativo nos Sistemas HU FURG, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais;

- Estar cadastrado no Sistema de Controle Logístico de Medicamento SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município;

- Estar em uso de TARV por 6 meses ou mais;

Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes:

- Ter alterações das condições cognitivas que possam prejudicar a resposta aos questionamentos;

- Ter trocado o TARV por tempo inferior a 6 meses;

- Estar internado em unidade hospitalar.

4.5. Variáveis da Pesquisa

Para atender aos objetivos propostos, as variáveis foram agrupadas por categorias, permitindo maior clareza na análise e identificação dos resultados, descritas a seguir:

Quadro 2 - Variáveis Utilizadas no Estudo.

Adesão ao TARV – Multivariada	Dependente		Carga viral indetectável : aderente Carga viral maior que 50 Cópias/mL
Variáveis sócio demográficas			
Idade	Independente	Quantitativa contínua	Anos completos até a data da coleta de dados
Situação conjugal	Independente	Qualitativa nominal politômica	Solteiro, casado, união consensual,separado, divorciado ou viúvo
Ocupação laboral	Independente	Qualitativa nominal politômica	Atividade remunerada desenvolvida pelo participante (sim ou não)
Renda familiar	Independente	Quantitativa discreta	Em salários mínimos, considerado o valor do salário mínimo no momento da entrevista

Local de residência	Independente	Qualitativa nominal politômica	Município que reside
Grau de Escolaridade	Independente	Qualitativa ordinal	analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior completo.
Está Estudando	Independente	Qualitativa nominal politômica	Sim ou não
Variáveis clínicas			
Via de transmissão	Independente	Qualitativa nominal politômica	Sexual, transfusão de hemoderivado, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical (TV) e não sabe.
Tempo de infecção	Independente	Quantitativa contínua	Tempo em meses
Carga viral	Independente	Quantitativa discreta	Cópia/ml Até 50 cópias indetectável 51 a 200 201 a 500 501 a 1000 Acima de 1001 cópias.
Contagem de células T – CD4+	Independente	Qualitativa nominal Dicotômica	Menor que 200 De 200 a 350 Acima de 350
Tempo de uso de TARV	Independente	Quantitativa continua	Tempo em meses do início do uso da terapia antiretroviral. De 6 a 12 meses 13 a 24 meses 25 a 36 meses 37 a 48 meses Acima de 49 meses

Terapêutica TARV	Independente	Qualitativa nominal politômica	Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos(abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina, zalcitabina, zidovudina,zidovudina lamivudina),inibidores de transcriptasereversa não análogos de nucleosídeos (delavirdina, efavirenz, nevirapina), inibidoresde protease (amprenavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, ritonavir + lopinavir, saquinavir), outros
Posologia	Independente	Quantitativa	Dose(s)
Variáveis relacionadas às características comportamentais			
Uso de álcool	Independente	Qualitativa nominal Dicotômica	Sim ou não
Uso de drogas	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Tipo de drogas	Independente	Qualitativa nominal politômica	Tipo de drogas faz uso: cigarro, maconha, cocaína, crack, drogas sintéticas.
Orientação sexual	Independente	Qualitativa nominal politômica	Heterossexual, homossexual, bissexual, não se interessa por sexo
Relações sexual	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Uso de preservativo nas relações sexuais	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Frequência no uso de preservativo nas realações sexuais	Independente	Qualitativa nominal politômica	Sempre Às vezes Na maioria das vezes

Fonte: adaptado Gouvea (2020)

Além dessas variáveis, os entrevistados responderam perguntas sobre acompanhamento e características do serviço, conhecimento sobre HIV/Aids e terapia antiretroviral, frequência de adesão e motivos para não aderir à terapia antirretroviral.

4.6. Coleta de Dados

Após aprovação do presente, com o parecer de número 5.944.493 e CAAE número 66937323.0.0000.5324, com data de aprovação em 15 de março de 2023, os dados foram coletados.

As pessoas vivendo com HIV cadastradas no prontuário eletrônico do Hospital Universitário, pertencente ao Sistemas HU, atendidas no ambulatório de Adesão do Serviço de Infectologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior/EBSERH (HU-FURG), foram convidadas a participar do estudo.

Foi utilizada amostragem por conveniência, mas foram sistematizados os critérios para o convite dos participantes. Inicialmente foi checado quais usuários do serviço preenchiam os critérios de inclusão para participar da pesquisa e cruzavam-se os nomes com a listagem de pessoas agendadas para consulta no ambulatório de adesão enfermagem no dia da coleta. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino, nos meses de junho, julho e agosto de 2023. Os usuários do serviço que preencheram os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram convidados a participar, individualmente, em ambiente privativo, e após parecer positivo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma via do participante da pesquisa e outra via com pesquisador e responderam aos instrumentos no ambulatório de enfermagem.

Quando os participantes da pesquisa eram analfabetos, foi lido em ambiente reservado o TCLE da referida pesquisa, após aceite verbal, registraram a sua digital em local específico reservado no instrumento (APÊNDICE A). Para os participantes do serviço idosos ou com falta de acuidade visual, o termo (TCLE) foi redigido com letra (fonte 14) conforme normativa.

A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de dois instrumentos: questionário, sendo preenchido pelo pesquisador em sala reservada, com duração em média de 20 minutos para responder às perguntas, no Ambulatório de Enfermagem no (SAE), garantindo a privacidade e sigilo do participante. O primeiro questionário (APENDICE B), construído pela autora com colaboração dos estudos de Carvalho et al. (2017) e Gouvea (2020), teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico dos pacientes por meio de dados de identificação, escolaridade, renda, hábitos de vida (incluindo uso de álcool e drogas) e de conhecimento sobre o HIV e tratamento;

O segundo instrumento (anexo 3) aplicado foi o Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (QSAM), o qual contém, ao todo, seis perguntas, sendo quatro delas respondidas com “sim” ou “não”, uma com o número de vezes que o paciente deixou de tomar medicação durante a semana e a última com o número de dias sem tomar a medicação nos últimos 3 meses. O teste é considerado positivo quando um paciente não aderente é detectado, ou seja, quando qualquer uma das respostas qualitativas for afirmativa ou quando mais de duas doses forem perdidas na última semana, ou ainda mais de 2 dias sem tomar medicação nos últimos 3 meses. (REGO et al., 2011).

A terceira etapa consiste na classificação dos participantes do estudo em relação à adesão à TARV mediante três critérios: a autoadesão, referida através do QSAM, sendo classificados como aderentes os que obtiveram resultado negativo do teste; e a carga viral atual, sendo considerados aderentes os pacientes com carga viral indetectável; e a regularidade de retiradas de antirretrovirais na farmácia. 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 está sendo realizada.

4.7. Análise de Dados

Os dados foram digitados, revisados, codificados em um banco de dados construído com o programa Microsoft Excel. Após isso, foram transferidos para o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27.0, no qual foram analisados.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias, o teste t-*student* para amostras independentes foi aplicado. Este teste paramétrico compara médias de duas populações distintas.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado de *Pearson* foi aplicado. O qui-quadrado é um teste não-paramétrico utilizado para avaliar a discrepância entre um conjunto de frequências observadas e outro de frequências esperadas, segundo a hipótese de independência entre as variáveis (hipótese nula do teste). A análise dos resíduos ajustados foi utilizada para localizar a associação, em caso de significância estatística.

Para controle de fatores confundidores, a análise de Regressão Logística foi utilizada. Foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio*), que é uma medida de efeito utilizada em estudos caso-controle para avaliar o efeito de determinado fator em relação a um desfecho dicotômico, juntamente com o seu intervalo de 95% de confiança. Os valores de OR podem variar de zero a infinito, tendo como divisor na interpretação a unidade. Valores abaixo de 1 indicam que o fator pode ser de proteção, igual a 1 indica nenhuma associação e maior do 1, risco para a presença do desfecho analisado.

O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor $p<0,10$ na análise bivariada.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p\leq0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

As propriedades diagnósticas de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e acurácia do questionário de adesão autorreferido e retirada irregular na farmácia foram calculadas para verificar a não aderência ao tratamento, quando comparadas ao padrão-ouro (carga viral > 50 cópias). A sensibilidade representa a proporção dos testes positivos (não adesão no questionário autorreferido e irregularidade na retirada dos medicamentos na farmácia) quando há uma carga viral > 50 cópias. A especificidade representa a proporção de testes negativos (adesão no questionário autorreferido e regularidade na retirada dos medicamentos na farmácia) quando há uma baixa carga viral (< 50 cópias). O valor preditivo positivo representa a proporção de casos com carga viral > 50 cópias quando os testes são positivos e o valor preditivo negativo representa a proporção de casos com carga viral < 50 cópias quando os testes são negativos. A acurácia representa a proporção de acertos nos testes (positivo quando há uma carga viral acima de 50 cópias e negativo quando há uma carga viral abaixo de 50 cópias).

A concordância entre as avaliações quanto a adesão foi avaliada pelo coeficiente kappa. Valores iguais ou abaixo de 0,4 representam fraca concordância, entre 0,41 e 0,60 moderada concordância e acima de 0,6 forte concordância (ALTMAN, 1999).

O nível de significância adotado foi de 5% ($p\leq0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

Para comparar médias, o teste t-*student* para amostras independentes foi aplicado. Este teste paramétrico compara médias de duas populações distintas.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado. O qui-quadrado é um teste não-paramétrico utilizado para avaliar a discrepância entre um conjunto de frequências observadas e outro de frequências esperadas, segundo a hipótese de independência entre as variáveis (hipótese nula do teste). A análise dos resíduos ajustados foi utilizada para localizar a associação, em caso de significância estatística.

Para controle de fatores confundidores, a análise de Regressão Logística foi utilizada. Foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio*), que é uma medida de efeito utilizada em estudos caso-controle para avaliar o efeito de determinado fator em relação a um desfecho dicotômico, juntamente com o seu intervalo de 95% de confiança. Os valores de OR podem variar de zero a infinito, tendo como divisor na interpretação a unidade. Valores abaixo de 1 indicam que o fator pode ser de proteção, igual a 1 indica nenhuma associação e maior do 1, risco para a presença do desfecho analisado.

O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor $p<0,10$ na análise bivariada.

4.8. Aspectos Éticos

A resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), que define as pesquisas com seres humanos, incorporando os referenciais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade e nº 510/16 (BRASIL, 2016), que determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitadas.

A autonomia dos participantes será garantida e respeitada, sendo assegurada a vontade de permanecer e de contribuir ou não na pesquisa, por meio de suas manifestações expressas, livres e esclarecidas, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) que será apresentado em duas vias e ficará uma cópia para cada participante do estudo e outra com a pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

Os princípios da justiça e equidade como o acesso, convite e seleção das pessoas vivendo com HIV que participarão das entrevistas, ocorrerá de modo a contemplar os sujeitos que manifestem suas disposições em participar na pesquisa e respeito aos que não aceitarem o convite. Estará vedada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação.

A qualidade das respostas não representará risco qualquer, seja ele de ordem física ou psicológica com a participação ou não da pesquisa. A privacidade das informações fornecidas pelos entrevistados será garantida pelos pesquisadores responsáveis. A identificação dos participantes da pesquisa não será divulgada em momento algum. A pesquisa não oferecerá riscos físicos, morais, sociais ou culturais para o entrevistado. No entanto, o desenvolvimento da entrevista pode desencadear sentimentos aos sujeitos como desconforto, ao relatar as situações do acometimento da infecção por HIV. Caso isso ocorra, os participantes terão o direito de continuar ou não com a pesquisa e sua decisão será respeitada pela entrevistadora. Além disso, a pesquisadora garantirá assistência integral, assistência imediata e gratuita ao participante, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa.

Serão diretos os benefícios da pesquisa para os entrevistados, uma vez que esta pesquisa abordará os fatores predisponentes de adesão a terapia antirretroviral, contribuindo para posterior identificação e implementação de ações de cuidados de enfermagem.

Todos os documentos e materiais utilizados e produzidos (TCLE, questionários) serão utilizados somente para fins científicos. Ainda, a pesquisadora guardará os referidos documentos e materiais em local seguro sob a posse da professora-orientadora da pesquisa que os manterá em armário com chave, na sala de permanência, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, campus Saúde, situado na R. Gen. Osório, s/n-Centro, Rio Grande—RS, CEP 96200-400, por um período de cinco anos. Após este período os materiais serão destruídos, conforme previsto no Termo de Confidencialidade, sob a posse da professora orientadora da pesquisa, que os manterá em local seguro.

Cabe destacar que a divulgação dos dados acontecerá com a apresentação do relatório final, em eventos científicos, em reunião com a equipe de saúde do Serviço de Atendimento Especializado e da instituição e por meio da publicação de artigos científicos.

4.9. Explicitação de critérios para suspensão ou encerramento a pesquisa

A pesquisa será suspensa ao infringir, em qualquer grau, as diretrizes da Resolução N° 510/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), que trata de Pesquisas com Seres Humanos. Também se definiu como critério de suspensão da pesquisa a desistência de 50% mais um dos participantes entrevistados. Cada participante terá o direito de comunicar a desistência da pesquisa em qualquer momento, via e-mail, telefone ou pessoalmente.

4.9.1. Aplicação de Estudo Piloto

Em relação ao instrumento de coleta de dados, realizou-se a readequação do instrumento com o teste piloto, que proveu a análise semântica dos itens, consistindo em "verificar se todos os itens eram compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina" (PASQUALI, 1999). Foram realizadas 10 entrevistas com casos e 20 com controles, esses pacientes foram selecionados a partir dos atendimentos no ambulatório de adesão da SAE/Rio Grande no decorrer de 5 dias úteis, em horário de atendimento. A partir destas entrevistas, foi possível realizar uma avaliação crítica da maneira como eram abordadas as questões do instrumento E constatou-se que a palavra "coquetel" causou dúvidas em 22 entrevistados sendo substituída por "tratamento antirretroviral", além disso, a pergunta "É necessário realizar o tratamento antirretroviral?" teve que ser modificada para "Mesmo não estando doente, mas sendo portador do vírus HIV, é necessário realizar o tratamento antirretroviral?", pois causava dubialidade nos indivíduos. Após essas modificações, foi necessário reformular o instrumento de coleta de dados, incluindo e suprimindo algumas variáveis, resultando na versão final que foi utilizada para realização das entrevistas.

5. RESULTADOS

Para melhor organização do trabalho os resultados serão apresentados conforme os objetivos do estudo.

5.1. Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das PVHI em uso de TARV dos não aderentes (casos) aderentes (controles) atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de um hospital universitário;

A amostra foi composta por 100 casos, que representam uma carga viral acima de 50 cópias e são considerados como não aderentes e por 200 controles, que representam uma carga viral abaixo de 50 cópias e são considerados como aderentes. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica desses grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre casos e controles, apresentando perfis similares ($p>0,05$).

Tabela 1 – Característica da amostra em dados sociodemográficos e econômico no processo de adesão a terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV grupos caso (n=100) e controle (n=200).

Variáveis	**Casos (n=100)**	**Controles (n=200)**	**P**
Idade (anos) – média ± DP	44,3 ± 11,5	45,6 ± 12,7	0,198[a]
Faixa etária – n(%)			0,699[b]
18 a 35 anos	24 (24,0)	41 (20,5)	
36 a 49 anos	47 (47,0)	93 (46,5)	
≥ 50 anos	29 (29,0)	66 (33,0)	
Sexo – n(%)			1,000[b]
Masculino	50 (50,0)	100 (50,0)	
Feminino	50 (50,0)	100 (50,0)	
Raça – n(%)			0,140[b]
Branca	64 (64,0)	124 (62,0)	

Preta	17 (17,0)	44 (22,0)	
Parda	14 (14,0)	30 (15,0)	
Outra	5 (5,0)	2 (1,0)	
Você trabalha – n(%)			0,306[b]
Não	59 (59,0)	104 (52,0)	
Sim	41 (41,0)	96 (48,0)	
Renda mensal – n(%)			0,057[b]
0-1 s.m.	72 (72,0)	113 (56,5)	
1-2 s.m.	15 (15,0)	46 (23,0)	
2-3 s.m.	7 (7,0)	28 (14,0)	
>3 s.m.	6 (6,0)	13 (6,5)	
Com quem mora – n(%)			0,269[b]
Familiares	91 (91,0)	175 (87,5)	
Sozinho	6 (6,0)	22 (11,0)	
Não familiares	3 (3,0)	3 (1,5)	
Orientação Sexual – n(%)			0,151[b]
Heterossexual	85 (85,0)	162 (81,0)	
Homossexual	7 (7,0)	21 (10,5)	
Bissexual	4 (4,0)	15 (7,5)	
Não se interessa por sexo	4 (4,0)	2 (1,0)	
Situação conjugal – n(%)			0,228[b]
Solteiro	54 (54,0)	83 (41,5)	
Casado/União consensual	31 (31,0)	81 (40,5)	
Separado/Divorciado	9 (9,0)	20 (10,0)	

Viúvo	6 (6,0)	16 (8,0)	
Nível de escolaridade – n(%)			0,076[b]
Analfabeto	7 (7,0)	6 (3,0)	
Fundamental incompleto	45 (45,0)	75 (37,5)	
Fundamental completo	22 (22,0)	41 (20,5)	
Médio completo	22 (22,0)	50 (25,0)	
Superior completo	2 (2,0)	15 (7,5)	
Pós-graduação completo	2 (2,0)	13 (6,5)	

[a] Teste t-student; [b] Teste qui-quadrado de Pearson

A Tabela 2 apresenta os dados comportamentais entre os grupos. Em ambos os grupos a forma mais frequente de adquirir o HIV foi por relações sexuais, cerca de metade da amostra consome álcool e mais de 70% têm relações sexuais, em sua maioria usando preservativos nessas relações. O uso de drogas foi relatado em 45% dos casos e em 37% dos controles, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhuma das variáveis apresentadas.

Tabela 2 – Análise dos dados comportamentais conforme os grupos caso (n=100) e controle (n=200) no processo de adesão a terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV.

Variáveis	**Casos (n=100)**	**Controles (n=200)**	**P**
Forma como adquiriu o HIV – n(%)			0,590[b]
Relação Sexual	68 (68,0)	150 (75,0)	
Uso de Drogas Injetáveis	3 (3,0)	3 (1,5)	
Transfusão de Hemoderivados	0 (0,0)	1 (0,5)	
Transmissão Vertical	4 (4,0)	5 (2,5)	
Não sabe	25 (25,0)	41 (20,5)	
Você ingere alguma bebida que contenha álcool?			0,713[b]
Não	51 (51,0)	96 (48,0)	
Sim	49 (49,0)	104 (52,0)	
Faz uso de drogas – n(%)			0,226[b]

Não	55 (55,0)	126 (63,0)	
Sim	45 (45,0)	74 (37,0)	
Você tem relações sexuais – n(%)			0,276[b]
Não	29 (29,0)	45 (22,5)	
Sim	71 (71,0)	155 (77,5)	
Faz uso de preservativos nas relações sexuais? – n(%)			0,072[b]
Não	10 (14,1)	40 (25,8)	
Sim	61 (85,9)	115 (74,2)	

[b]Teste qui-quadrado de Pearson

A Tabela 3 apresenta os dados clínicos da amostra. O tempo de tratamento foi significativamente maior nos não aderentes (p=0,030). Esse mesmo grupo apresentou níveis de CD4 significativamente mais baixos (≤ 350 células) do que o grupo aderente (p<0,001).

Tabela 3 – Análise dos dados clínicos conforme os grupos caso (n=100) e controle (n=200) no processo de adesão a terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV.

Variáveis	**Casos (n=100)**	**Controles (n=200)**	**P**
Tempo de tratamento– n(%)			**0,030[b]**
12 a 60 meses	28 (28,0)	55 (27,5)	
61 a 120 meses	26 (26,0)	80 (40,0)*	
>120 meses	46 (46,0)*	65 (32,5)	
CD4 – n(%)			**<0,001[b]**
≤ 199 células	20 (20,0)*	11 (5,5)	
200 a 350 células	30 (30,0)*	12 (6,0)	
>350 a 500 células	15 (15,0)	43 (21,5)	
>500 células	35 (35,0)	134 (67,0)*	
Número de medicamentos – n(%)			0,064[b]
Um	5 (5,0)	21 (10,5)	
Três	85 (85,0)	170 (85,0)	
Quatro ou mais	10 (10,0)	9 (4,5)	
Dose ao dia – n(%)			0,197[b]
1x/dia	91 (91,0)	191 (95,5)	
2x/dia	9 (9,0)	9 (4,5)	

[b] Teste qui-quadrado de Pearson

Após o ajuste pela análise multivariada, tabela 4, permaneceram associadas estatisticamente com a não aderência ao tratamento de HIV, pela carga viral, o nível de escolaridade de analfabeto (p=0,009), fundamental incompleto (p=0,034) e médio completo (p=0,039), a contagem de CD4 ≤ 199 células (p<0,001) e entre 200 e 350 células (p<0,001) e tomar quatro ou mais medicamentos por dia (p=0,042).

Pacientes analfabetos, com ensino fundamental incompleto e médio completo tem uma chance 9,47, 3,64 e 3,75 vezes maior, respectivamente, de não aderência do que aqueles com nível superior/pós-graduação completo (IC95%: 1,75 a 51,3; 1,10 a 12,0; 1,07 a 12,2, respectivamente).

Pacientes com níveis de CD4 igual ou menor a 199 células e aqueles com células entre 200 e 350 apresentam uma chance 7,30 e 9,31 vezes maior de não aderência, quando comparados aos pacientes com CD4 maior de 500 células (IC 95%: 3,06 a 17,4 e 4,14 a 21,0, respectivamente).

Por fim, tomar quatro ou mais medicamentos por dia aumenta a chance de não aderência 4,77 vezes, quando comparados àqueles que tomam apenas uma medicação (IC 95%: 1,06 a 21,5).

Tabela 4 – Análise de Regressão Logística Multivariada para avaliar fatores independentemente associados com a não aderência (casos) no processo de adesão a terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV.

Variáveis	***Odds Ratio* (OR)**	**IC 95%**	**P**
Nível de escolaridade – n(%)			
Analfabeto	9,47	1,75 a 51,3	**0,009**
Fundamental incompleto	3,64	1,10 a 12,0	**0,034**
Fundamental completo	2,47	0,69 a 8,78	0,164
Médio completo	3,75	1,07 a 13,2	**0,039**
Superior/Pós-graduação completo	1,00	-	-
CD4 – n(%)			
≤ 199 células	7,30	3,06 a 17,4	**<0,001**
200 a 350 células	9,31	4,14 a 21,0	**<0,001**
>350 a 500 células	1,46	0,70 a 3,04	0,310
>500 células	1,00	-	-
Número de medicamentos – n(%)			

Um	1,00	-	-
Três	2,36	0,78 a 7,20	0,131
Quatro ou mais	4,77	1,06 a 21,5	0,042
Tempo de tratamento– n(%)			
12 a 60 meses	1,00	-	-
61 a 120 meses	0,72	0,34 a 1,49	0,371
>120 meses	1,69	0,83 a 3,43	0,145
Renda mensal			
0-1 s.m.	1,42	0,60 a 3,35	0,427
1-2 s.m.	0,79	0,29 a 2,17	0,645
> 2 s.m.	1,00	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

5. 2 - Comparar a adesão autorreferida da PVHI em uso de TARV com a carga viral atual e a regularidade de retiradas de TARVs na farmácia;

A amostra foi composta por 300 pacientes com HIV com média de idade de 45,1 anos (± 12,3). Proporção igual de homens e mulheres foi obtida na amostra. A predominância foi da raça branca (62,7%), renda entre 0 e 1 salários-mínimos (61,7%), morar com familiares (88,7%) e heterossexuais (82,3%) As características da amostra estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da amostra

Tabela 5-Característica geral da amostra em dados sócio demográficos e econômico no processo de adesão a terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV (n=300).

Variáveis	**n=300**
Idade (anos) – média ± DP	45,1 ± 12,3
Faixa etária – n(%)	
18 a 35 anos	65 (21,7)
36 a 49 anos	140 (46,7)
≥ 50 anos	95 (31,7)
Sexo Masculino/Feminino – n(%)	150/150 (50,0/50,0)
Raça – n(%)	
Branca	188 (62,7)
Preta	61 (20,3)
Parda	44 (14,7)
Outra	7 (2,3)
Trabalha – n(%)	137 (45,7)
Renda mensal – n(%)	

0-1 s.m.	185 (61,7)
1-2 s.m.	61 (20,3)
2-3 s.m.	35 (11,7)
>3 s.m.	19 (6,3)
Com quem mora – n(%)	
Familiares	266 (88,7)
Sozinho	28 (9,3)
Não familiares	6 (2,0)
Orientação Sexual – n(%)	
Heterossexual	247 (82,3)
Homossexual	28 (9,3)
Bissexual	19 (6,3)
Não se interessa por sexo	6 (2,0)
Situação conjugal – n(%)	
Solteiro	137 (45,7)
Casado/União consensual	112 (37,3)
Separado/Divorciado	29 (9,7)
Viúvo	22 (7,3)
Nível de escolaridade – n(%)	
Analfabeto	13 (4,3)
Fundamental incompleto	120 (40,0)
Fundamental completo	63 (21,0)
Médio completo	72 (24,0)
Superior completo	17 (5,7)
Pós-graduação completa	15 (5,0)
Ingere alguma bebida que contenha álcool – n (%)	153 (51,0)
Faz uso de drogas – n (%)	119 (39,7)
Tem relações sexuais – n (%)	226 (75,3)
Faz uso de preservativos nas relações sexuais – n (%)	176/226 (77,9)

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados clínicos estão apresentados na Tabela 6. Destaca-se a relação sexual como forma de aquisição do HIV (72,7%), contagem de CD4 acima de 500 células (56,3%), uso de três medicamentos diários (85%) a uma dose de 1x ao dia (94%). Do total da amostra, 72,3% deixaram de tomar o medicamento para HIV alguma vez na vida. Os principais motivos foram: por esquecimento (40,1%) e por falta de medicamento em casa (16,6%).

Tabela 6 – Características geral de dados clínicos no processo de adesão à terapia antirretroviral para pacientes com infecção pelo HIV n=(300).

Variáveis	**n=300**
Forma como adquiriu o HIV – n (%)	
Relação Sexual	218 (72,7)
Uso de Drogas Injetáveis	6 (2,0)
Transfusão de Hemoderivados	1 (0,3)
Transmissão Vertical	9 (3,0)
Não sabe	66 (22,0)
Tempo de tratamento– n (%)	
12 a 60 meses	83 (27,7)
61 a 120 meses	106 (35,3)
>120 meses	111 (37,0)
CD4 – n (%)	
≤ 199 células	31 (10,3)
200 a 350 células	42 (14,0)
>350 a 500 células	58 (19,3)
>500 células	169 (56,3)
Número de medicamentos – n (%)	
Um	26 (8,7)
Três	255 (85,0)
Quatro ou mais	19 (6,3)
Dose ao dia – n (%)	
1x/dia	282 (94,0)
2x/dia	18 (6,0)
Você já deixou de tomar o medicamento para HIV alguma vez – n (%)	
Não	83 (27,7)
Sim	217 (72,3)
Motivo por ter deixado de tomar a medicação – n (%)	
Por duvidar do diagnóstico de HIV	15 (6,9)
Por não ter nenhum sintoma de doença	7 (3,2)
Por sentir piora na saúde	24 (11,1)
Por esquecimento	87 (40,1)
Por falta de medicamento em casa	36 (16,6)
Por indicação médica	6 (2,8)
Por ter dificuldade em guardar medicamentos	7 (3,2)
Por desistir de viver	13 (6,0)

Por problemas familiares	10 (4,6)
Uso de álcool e ou drogas	12 (5,5)

Fonte: Dados da pesquisa

As formas de avaliar a adesão ao tratamento estão apresentadas na Tabela 7. Considerando a carga viral (padrão-ouro), 100 foram considerados não aderentes (33,3%). Quanto a avaliação autorreferida, grande parte dos pacientes foram considerados não aderentes (81,7%) e considerável percentual foi de retirada regular dos medicamentos na farmácia (87,7%).

Tabela 7 – Formas de avaliar a adesão ao tratamento

Formas	**n**	**%**
Carga Viral (Padrão-ouro)		
<50 cópias	200	66,7
>50 cópias	100	33,3
Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (Autorreferida)		
Com adesão	55	18,3
Sem adesão	245	81,7
Retirada da TARV nos últimos seis meses (Farmácia) – n (%)		
Regular	263	87,7
Irregular	37	12,3

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 8 apresenta as propriedades diagnósticas da avaliação autorreferida e da farmácia em relação ao padrão-ouro (carga viral). As duas formas de avaliação têm valores de sensibilidade e especificidade invertidos. Enquanto o autorreferido é mais sensível, a farmácia é mais específica. Apesar da acurácia ter sido maior com a farmácia, de acordo com a sensibilidade, a avaliação autorreferida apresenta resultados mais confiáveis por possuir resultados falso-negativos (dizer que é aderente quando não é) em proporções bem mais baixas do que a retirada de medicamentos na farmácia, servindo mais como teste de rastreio. A farmácia é boa para evitar resultados falso-positivos (dizer que não é aderente quando é), por isso apresenta valor preditivo positivo mais elevado do que a adesão autorreferida. No entanto,

em um teste de rastreio a preocupação maior é com os resultados falso-negativos (maior sensibilidade), pois pensar que o paciente é aderente, mas a carga viral ser alta (> de 50 cópias) seria deixar de investigar aquele paciente. Como as discrepâncias entre os resultados do questionário de adesão autorreferido e da regularidade da busca pelas medicações na farmácia com a carga viral foram grandes, o valor de kappa, apesar de indicar uma concordância significativa (p<0,001), foi de baixa intensidade.

Tabela 8 – Propriedades diagnósticas da avaliação autorreferida e retirada da medicação na farmácia para avaliar a falta de adesão em relação aos resultados da carga viral.

Propriedades diagnósticas	**Autorreferida**	**Retirada da medicação na farmácia**
Sensibilidade – IC 95%	93,0 (86,0 a 96,8)	29,0 (21,0 a 38,6)
Especificidade – IC 95%	24,0 (18,6 a 30,4)	96,0 (92,2 a 98,1)
Valor Preditivo Positivo (VPP) – IC 95%	38,0 (32,1 a 44,2)	78,4 (62,6 a 88,9)
Valor Preditivo Negativo (VPN) – IC 95%	87,3 (75,7 a 94,0)	73,0 (67,4 a 78,1)
Acurácia – IC 95%	47,0 (41,4 a 52,7)	73,7 (68,5 a 78,4)
Kappa – IC 95%	0,13 (0,06 a 0,19)	0,30 (0,19 a 0,40)
P	<0,001	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 - Identificar a associação entre o conhecimento da PVHI desenvolvido no processo terapêutico pedagógico no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a adesão da TARV.

A amostra foi composta por 100 casos, com uma carga viral acima de 50 cópias e considerados não aderentes e por 200 controles, com uma carga viral abaixo de 50 cópias e considerados aderentes. Em cada grupo a proporção de homens e mulheres foi a mesma (50% para cada sexo). A Tabela 9 apresenta a caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica desses grupos. A renda mensal foi significativamente mais baixa (de 0 a 1 salários-mínimos) no grupo não aderente (p=0,034). Também o tempo de tratamento foi

significativamente maior neste grupo (p=0,030). Além disso, os casos apresentaram níveis de CD4 significativamente mais baixos (≤ 350 células) do que os controles (p<0,001).

Tabela 9 – Caracterização da amostra conforme grupos

Variáveis	**Casos (n=100)**	**Controles (n=200)**	**P**
Idade (anos) – média ± DP	44,3 ± 11,5	45,6 ± 12,7	0,198[a]
Faixa etária – n (%)			0,699[b]
18 a 35 anos	24 (24,0)	41 (20,5)	
36 a 49 anos	47 (47,0)	93 (46,5)	
≥ 50 anos	29 (29,0)	66 (33,0)	
Raça – n (%)			0,140[b]
Branca	64 (64,0)	124 (62,0)	
Preta	17 (17,0)	44 (22,0)	
Parda	14 (14,0)	30 (15,0)	
Outra	5 (5,0)	2 (1,0)	
Trabalha – n (%)	41 (41,0)	96 (48,0)	0,306[b]
Renda mensal – n (%)			0,034[b]
0-1 s.m.	72 (72,0)*	113 (56,5)	
1-2 s.m.	15 (15,0)	46 (23,0)	
>2 s.m.	13 (13,0)	41 (20,5)	
Situação conjugal – n (%)			0,228[b]
Solteiro	54 (54,0)	83 (41,5)	
Casado/União consensual	31 (31,0)	81 (40,5)	
Separado/Divorciado	9 (9,0)	20 (10,0)	
Viúvo	6 (6,0)	16 (8,0)	
Nível de escolaridade – n (%)			0,076[b]
Analfabeto	7 (7,0)	6 (3,0)	
Fundamental incompleto	45 (45,0)	75 (37,5)	
Fundamental completo	22 (22,0)	41 (20,5)	
Médio completo	22 (22,0)	50 (25,0)	
Superior completo	2 (2,0)	15 (7,5)	
Pós-graduação completo	2 (2,0)	13 (6,5)	
Ingere alguma bebida alcoólica – n (%)	49 (49,0)	104 (52,0)	0,713[b]
Faz uso de drogas – n (%)	45 (45,0)	74 (37,0)	0,226[b]
Tempo de tratamento– n (%)			0,030[b]
12 a 60 meses	28 (28,0)	55 (27,5)	
61 a 120 meses	26 (26,0)	80 (40,0)*	
>120 meses	46 (46,0)*	65 (32,5)	
CD4 – n (%)			<0,001[b]

≤ 199 células	20 (20,0)*	11 (5,5)	
200 a 350 células	30 (30,0)*	12 (6,0)	
>350 a 500 células	15 (15,0)	43 (21,5)	
>500 células	35 (35,0)	134 (67,0)*	
Número de medicamentos – n (%)			0,064[b]
Um	5 (5,0)	21 (10,5)	
Três	85 (85,0)	170 (85,0)	
Quatro ou mais	10 (10,0)	9 (4,5)	
Dose ao dia – n (%)			0,197[b]
1x/dia	91 (91,0)	191 (95,5)	
2x/dia	9 (9,0)	9 (4,5)	

[a] Teste t-student; [b] Teste qui-quadrado de Pearson; * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

A tabela 10 apresenta os dados sobre informações recebidas pela assistência relacionada à adesão pela carga viral. Os pacientes que aderiram ao tratamento (controles) apresentaram maior orientação sobre HIV/AIDS (p=0,005) com maior frequência de entendimento sobre esta orientação (p<0,001). Também os controles relataram maior orientação específica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral (p=0,024), também com maior frequência do entendimento sobre essa orientação (p<0,001).

Tabela 10 – Dados sobre as informações recebidas pela assistência conforme grupos.

Variáveis	**Casos (n=100)**	**Controles (n=200)**	**P**
Você recebe algum tipo de orientação nesse serviço sobre HIV/AIDS – n(%)			**0,005[b]**
Não	28 (28,0)	28 (14,0)	
Sim	72 (72,0)	172 (86,0)	
Se sim, qual profissional o orienta – n(%)			0,586[b]
Médico	22 (30,6)	62 (36,0)	
Enfermeiro	46 (63,9)	104 (60,5)	
Médico + Enfermeiro	4 (5,6)	6 (3,5)	
Com que frequência você compreendeu estas orientações – n(%)			**<0,001[b]**
Não compreendo/ Algumas vezes	22 (30,6)*	9 (5,2)	
Metade das vezes	7 (9,7)	9 (5,2)	
Muitas vezes/Sempre	43 (59,7)	154 (89,5)*	
Você recebe algum tipo de orientação			**0,024[a]**

especifica nesse serviço, relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral? – n(%)			
Não	8 (8,0)	4 (2,0)	
Sim	92 (92,0)	196 (98,0)	
Se sim, qual profissional o orienta – n(%)			0,456[b]
Médico	34 (37,0)	73 (37,2)	
Enfermeiro	53 (57,6)	118 (60,2)	
Médico + Enfermeiro	5 (5,4)	5 (2,6)	
Com que frequência você compreendeu estas orientações – n(%)			**<0,001[b]**
Não compreendo/ Algumas vezes	19 (20,7)*	8 (4,1)	
Metade das vezes	11 (12,0)*	5 (2,6)	
Muitas vezes/Sempre	62 (67,4)	183 (93,4)*	

[a] Teste Exato de Fisher; [b] Teste qui-quadrado de Pearson; * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

A Tabela 11 apresenta os dados do conhecimento sobre HIV/Aids e tratamento antirretrovirais conforme grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p>0,10).

Tabela 11 – Dados sobre o conhecimento sobre HIV/Aids e tratamento antirretrovirais conforme grupos.

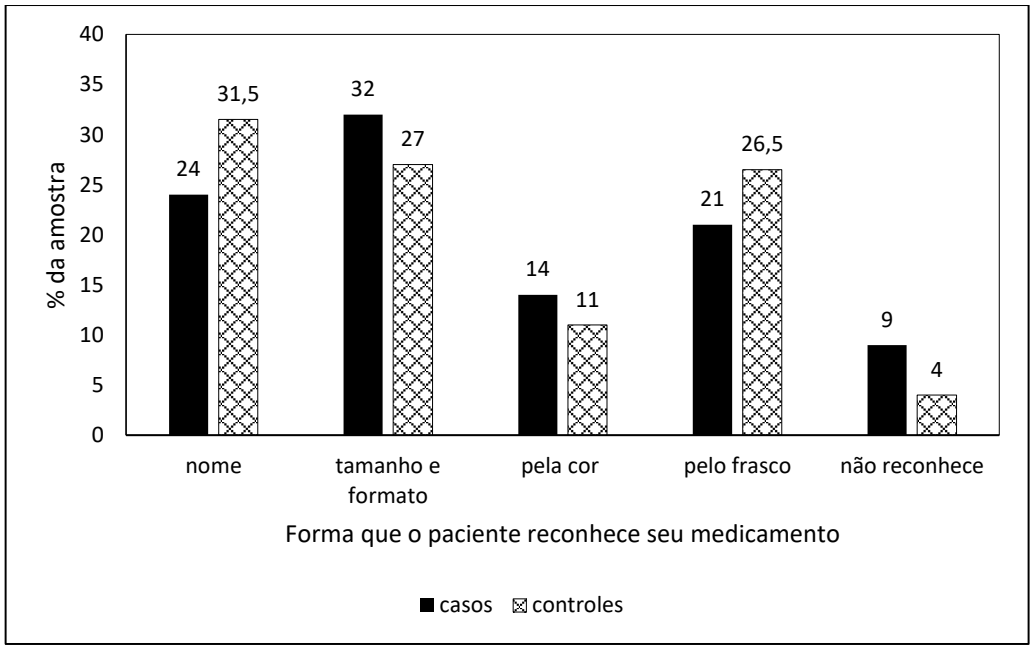
Questões – Respostas certas	**Casos (n=100) n (%)**	**Controles (n=200) n (%)**	**P**
1. HIV destrói a defesa do organismo (correto)	81 (81,0)	170 (85,0)	0,473[b]
2. O HIV tem cura (errado)	59 (59,0)	98 (49,0)	0,130[b]
3. HIV pode-se pegar pelo sangue contaminado (correto)	90 (90,0)	185 (92,5)	0,605[b]
4. HIV pode-se pegar por meio de relação sexual (correto)	96 (96,0)	194 (97,0)	0,736[a]
5. HIV pode-se pegar através do abraço (errado)	95 (95,0)	189 (94,5)	1,000[b]
6. O tratamento antirretroviral melhora a resistência do organismo (correto)	92 (92,0)	187 (93,5)	0,810[b]
7. O tratamento antirretroviral ajuda evitar algumas doenças graves (correto)	80 (80,0)	160 (80,0)	1,000[b]
8. O tratamento antirretroviral deve ser tomado todos os dias (correto)	95 (95,0)	197 (98,5)	0,122[a]

9. O tratamento antirretroviral deve ser tomado sempre no mesmo horário (correto)	89 (89,0)	189 (94,5)	0,137[b]
10. Mesmo não estando doente, mas sendo portador do vírus HIV, é necessário realizar o tratamento antirretroviral (correto)	88 (88,0)	185 (92,5)	0,285[b]
11. A medicação antirretroviral deve ser tomada durante toda vida (correto)	94 (94,0)	183 (91,5)	0,591[b]
Escore Total (0 a 11 pontos) – média ± DP	9,59 ± 1,64	9,69 ± 1,32	0,590[c]
Escore Total (transformado de 0 a 100 pontos) – média ± DP	87,2 ± 14,9	88,0 ± 12,0	0,590[c]

[a] Teste Exato de Fisher; [b] Teste qui-quadrado de Pearson; [c] Teste t-student

A forma como o paciente reconhece o seu medicamento conforme grupos está apresentada na Figura 1. Novamente não houve diferença estatisticamente significativa entre aderentes e não aderentes quanto a essa variável (p=0,189).

Figura 1 – Forma que o paciente reconhece seu medicamento conforme grupos



Fonte: Dados da Pesquisa

Após o ajuste pela análise multivariada, as orientações sobre HIV/Aids e sobre a adesão ao tratamento medicamentoso permaneceram estatisticamente associadas à não aderência (p<0,05), conforme apresenta a Tabela 12.

Pacientes que não receberam orientação sobre HIV/Aids, que receberam e não compreenderam ou compreenderam algumas vezes e os que compreenderam metade das vezes

tem uma chance 2,71, 11,7 e 4,16 vezes maior, respectivamente, de não aderência do que aqueles que compreenderam muitas vezes ou sempre (IC95%: 1,29 a 5,71; 4,23 a 32,4; 1,25 a 13,9, respectivamente).

Pacientes que não receberam orientação sobre adesão ao tratamento medicamentoso, que receberam e não compreenderam ou compreenderam algumas vezes e os que compreenderam metade das vezes têm uma chance 4,74, 5,38 e 5,95 vezes maior, respectivamente, de não aderência do que aqueles que compreenderam muitas vezes ou sempre (IC95%: 1,14 a 19,7; 1,96 a 14,8; 1,65 a 21,5, respectivamente).

Tabela 12 – Análise de Regressão Logística Multivariada para avaliar a relação independente das orientações recebidas sobre HIV/Aids e adesão ao tratamento medicamentoso pela assistência com a não aderência (casos).

Variáveis	***Odds Ratio* (OR)***	**IC 95%**	**P**
Orientação sobre HIV/AIDS			
Não recebeu	2,71	1,29 a 5,71	0,009
Recebeu, mas não compreendeu ou compreendeu algumas vezes	11,7	4,23 a 33,4	<0,001
Recebeu e compreendeu metade das vezes	4,16	1,25 a 13,9	0,021
Recebeu e compreendeu muitas vezes ou sempre	1,00	-	-
Orientação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral			
Não recebeu	4,74	1,14 a 19,7	0,032
Recebeu, mas não compreendeu ou compreendeu algumas vezes	5,38	1,96 a 14,8	0,001
Recebeu e compreendeu metade das vezes	5,95	1,65 a 21,5	0,006
Recebeu e compreendeu muitas vezes ou sempre	1,00	-	-

* ajustado pela renda familiar, número de medicamentos, tempo de tratamento, CD4 e nível de escolaridade

6. DISCUSSÃO

A integração dos dados quantitativos, por meio de tabelas e gráficos, permitiu a identificação de associações que ampliaram o cerne da discussão de fatores associados que podem influenciar na adesão das PVHI. Neste estudo, quanto ao objetivo de **caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral dos não aderentes (casos) e aderentes (controles**) evidenciou que a caracterização sociodemográfica confirma o perfil da pandemia nas variáveis idades; entre 36 e 49 anos; não ter atividade remunerada; baixa renda mensal, e ter adquirido o vírus HIV por via sexual. (FORESTO et al., 2017; COSTA et al., 2018; MENEZES et al., 2018).

O uso de preservativos, nas relações sexuais, para os controles indefere, relacionados a transmissão do HIV, pois, como já comprovado cientificamente, PVHI com carga viral suprimida não o transmite o vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018A, 2018B; SEIDL & REMOR, 2020). Esse conceito combate estigma e preconceito, afirma os direitos sexuais e reprodutivos e melhora a qualidade de vida das PVHA (HIGIA et al., 2022).

Entretanto é necessário que a pessoa que vive com HIV entenda seu processo de cuidado, mesmo com carga viral suprimida, se mantiver relações sexuais com outra pessoa vivendo com HIV em tratamento irregular ou sem tratamento, pode ocorrer a supressão incompleta da replicação viral, acarretando no risco de resistência viral, incluindo vírus com mutações de resistência. (BRASIL, 2023).

Além disso, esta deverá estar ciente que a opção de não uso de preservativos durante as relações sexuais, mesmo com outras pessoas não portadoras do vírus ou com carga viral suprimida, não a protege do contato com outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Conforme o Boletim epidemiológico sobre ISTs, publicado em 2022, que relata que os benefícios da TARV (conceito I = I) foram avaliados somente na epidemia de HIV, sem considerar o impacto sobre as outras ISTs (BRASIL, 2022b).

Deve-se considerar que a interpretação do conceito I = I, apesar de ter surgido na tentativa de diminuir o estigma da doença, também pode ser a porta de entrada para outras ISTs, as quais são transmitidas pelas mesmas vias. Este conceito reduz o receio de transmitir e adquirir o HIV, mas, ao mesmo tempo, deixa implícito ser possível tolerar condutas negligentes relacionadas ao uso de preservativos através de práticas sexuais desprotegidas (PINTO et al., 2018).

O impacto da boa adesão no sucesso do tratamento deve ser reforçado em cada atendimento, a supressão completa da replicação viral não depende apenas da potência do esquema antirretroviral utilizado, mas também da adesão à terapia, além da realização de exames laboratoriais periódicos para monitoramento da carga viral (BRASIL, 2023), ou seja, da retenção da pessoa que vive com HIV. O profissional de saúde deve sempre considerar que a adesão não é um processo linear, em que as pessoas que vivem com HIV não são aderentes e sim estão aderentes (GOMES, et. al., 2009; BRASIL, 2018). Então é de suma importância o cuidado compartilhado dos profissionais de saúde com a PVHI para favorecer a vinculação e a retenção do usuário ao serviço de saúde. (URDIALES et al., 2019).

Outro fator a considerar no que se refere aos "casos", ou seja, com carga viral, ao não uso de preservativos, 14,1%, são possíveis transmissores do vírus, é necessário, então, educação em saúde no que se refere à conscientização destas pessoas como transmissores do vírus para o uso de preservativos e a orientação quanto aos seus parceiros sexuais de medidas como o uso de profilaxia pós -exposição PEP e profilaxia pré exposição Prep). (BRASIL, 2022).

Quanto ao uso de drogas, observa-se um alto índice tanto nos casos quanto nos controles, o que vem ao encontro de dados nacionais divulgados pelo boletim epidemiológico de HIV e Aids 2023 (BRASIL, 2023). As informações apresentadas descrevem o perfil epidemiológico dessas doenças na visão dos indicadores de saúde mais relevantes. Onde refere prevalência na população geral de HIV é de 0,4% enquanto em usuários de drogas é de 5,9%., fato esse atribuído a maior vulnerabilidade (BRASIL, 2023).

Quanto ao tempo de tratamento ser significativamente maior entre os não aderentes, estudos realizados no Brasil em Manaus (MENEZES et al., 2018) e outro em São Paulo (FORESTO el al., 2017) encontrou dados contrários quanto mais tempo de tratamento maior adesão, a forma de mensurar a adesão foi através do autorrelato. Ambos os estudos aplicaram o mesmo questionário.

Estudos internacionais realizados nos Estados Unidos (SOK., 2021) e África do Sul (EYASSU et al., 2016) onde a adesão também foi medida por autorrelato encontrou dados semelhantes a este estudo, o tempo de tratamento maior de cinco anos apresentou significância para não adesão, estes estudos também usaram o autorrelato, mas instrumentos de aferição da adesão foram diferentes.

Por fim em uma revisão integrativa realizada por Carvalho et al. (2017) onde foram avaliados 125 artigos publicados dentre os anos de 2010 a 2016 verificou-se que houve estudos

em que o maior tempo de diagnóstico se relacionou a melhores taxas de adesão, enquanto que, em outros trabalhos, a adesão diminuiu ao longo do tempo de diagnóstico de HIV. Isso demonstra que a adesão pode assumir relacionamentos diferentes com uma mesma variável, dependendo da população estudada.

No quesito escolaridade o resultado deste estudo se assemelha aos demais estudos tanto nacionais como internacionais, quanto menor o nível de escolaridade menor é a percepção das pessoas bem como o acesso a informações referentes ao HIV/Aids (FORESTO et al., 2017; COSTA et al., 2018; MENEZES et al., 2018; SOK et al., 2021; EYASSU et al., 2016). Entretanto um fato que chama atenção é no grupo de casos e de controles ter resultados semelhantes de pessoas analfabetos 7 e 6 respectivamente, essa variável será discutida a seguir.

A propensão de pessoas vivendo com HIV com CD4 menor que 350 terem uma chance mais elevada de não adesão que pessoas vivendo com HIV com CD4 maior que 500 células também foram encontradas em estudos nacionais e internacionais (FAROESTE et al., 2017; SOK et al., 2021). Isso ocorre devido a carga viral não suprimida, que ocasiona falha virológica, evidenciada por diminuição do CD4, aumentando o risco de progressão da doença e levando ao surgimento de cepas resistentes a terapia antirretroviral, fazendo necessário a mudança de tratamento e simultaneamente o aumento das doses (ARAUJO E DIAS, 2021).

Sendo que pessoas que vivem com HIV e mantém CD4 abaixo de 350 cel/ml já devem investigar tuberculose e se negativo realizar tratamento para prevenção da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) , abaixo de 200 cls por ml deve-se investigar doença criptococica e histoplasmose, doenças típicas em pacientes imunodeprimidos. (BRASIL, 2023).

Observa-se também que no grupo de controle das pessoas vivendo com HIV, ou seja, com carga viral suprimida existe um percentual de pessoas com CD4 entre 200 e 350 e menor que 199, isso ocorre devido ao fato da recuperação do sistema imunológico ser lento. Se uma pessoa que vive com HIV é diagnosticada tardiamente o sistema imune dela já está prejudicado o que é porta de entrada para infecções oportunistas. Ou ainda se tem uma adesão subótima, ou seja, não toma todas as doses do antirretroviral, acaba criando cepas resistentes acarretando na debilitação do seu sistema imune e com isso também diminuição do CD4. (BRASIL, 2018).

Quanto ao número de doses, Costa et al., (2018) em uma revisão sistemática com 53 estudos realizados em 126 países também evidenciou que, quanto maior é a quantidade de comprimidos ingeridos dia, menor a aderência. Entretanto tem um fator a considerar nesta

variável. Os esquemas medicamentos antirretrovirais atuais são simplificados e, geralmente, em regime de dispensação única, salvo exceções.

Estas exceções ocorrem quando já a mutação genética do vírus. Isso ocorre em possíveis situações, são elas: pessoas que tenham se infectado com parceria em uso atual ou prévio de terapia antirretroviral irregular; transmissão vertical; indivíduos infectados tuberculose e HIV; pessoas com soroconversão do HIV durante o uso de profilaxia pré- exposição, e adesão irregular ao TARV. (BRASIL, 2023).

Além disso, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, publicado pelo Ministério da Saúde me 2023 o monitoramento, tanto referente à periodicidade das consultas com profissional médico, quanto exames de e LT-CD4+ e CV-HIV, devem serem realizados de 6 em 6 meses nos casos de carga viral suprimida (BRASIL, 2023).

Entretanto o que ocorre é que as pessoas vivendo com HIV retiram a medicação antirretroviral, mas não realizam o monitoramento periódico, não atualizando a sua terapia medicamentosa, que, com o passar do tempo, vem sendo simplificada com o objetivo de diminuir a toxidade da medicação e o número de drágeas. Entretanto para que ocorra a simplificação é necessário que a pessoa que vive com HIV tenha carga viral suprimida.

Conforme Carvalho et al., (2012), em um estudo realizado, observou que a simplificação da terapia antirretroviral, ou seja, redução de comprimidos resultou em melhoras na adesão, assim como a adesão foi maior em uso do comprimido único em comparação com o mesmo esquema em mais de uma vez por dia.

Deste modo, faz-se necessário que as atividades dos serviços de saúde facilitem não só o acesso ao tratamento, mas ao próprio serviço, de modo a oferecer diferentes alternativas de atendimento, como a flexibilidade de horário, atenção direcionada a cada diferente grupo populacional e um cuidado multidisciplinar são atributos essenciais de um serviço.

Evidenciou-se, também, por meio do segundo objetivo, que consistia em comparar **a adesão autorreferida das pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral com a carga viral atual e a regularidade de retiradas na farmácia,** que o monitoramento da adesão ao ARV é essencial para garantir a máxima eficácia da farmacoterapia, a identificação de métodos mais econômicos e capazes de refletir a supressão viral surge como estratégia de apoio ao paciente, na medida em que auxilia a equipe de saúde a identificar possíveis

dificuldades, o que permite delinear um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades de cada usuário.

A partir da avaliação de dois métodos indiretos para verificar a adesão ao tratamento, os resultados revelaram que o instrumento SMAQ, apesar de ter a acurácia inferior ao de retirada de medicamentos na farmácia, apresentou maior sensibilidade para identificar os usuários não aderentes ao tratamento ao considerar a carga viral como padrão-ouro (> 50 cópias/ml), o que aponta para um método útil para o rastreio de pacientes não aderidos ao tratamento. Por outro lado, o método indireto de retirada de medicamentos na farmácia apresentou maior especificidade para identificar os usuários aderentes ao tratamento acrescido de maior acurácia.

Os pontos fortes do estudo são o uso de 3 medidas para aferir a adesão, sendo uma delas a carga viral, realizada logo após a pessoa vivendo com HIV realizar a entrevista. Admitem-se fragilidades neste estudo. O SMAQ apresenta algumas desvantagens, como o viés de memória e o viés de desejo social, com uma tendência a superestimar a aderência. No entanto, vários estudos destacaram a utilidade do autorrelato como ferramenta de medição de adesão e mostraram que ele se correlaciona com o resultado virológico (CHESNEY et al 1999; HAUBRICH et al., 1999).

Embora monitorar a adesão por meio de autoavaliação possa ser demorado, uma vez que depende de entrevistas e da disponibilidade do paciente, esse monitoramento é um método não invasivo, de baixo custo e que pode ser realizado durante a orientação de saúde prestada pela equipe interdisciplinar em vista de contribuir para a identificação das razões para a não adesão, além do potencial de melhorar o conhecimento do paciente sobre a tratamento bem como das consequências relacionadas a não adesão por envolver a perspectiva do paciente (POLEJACK, 2010).

A utilização de instrumentos padronizados específicos reduz a ocorrência do fenômeno da desejabilidade social, isto é, a tendência de os pacientes superestimarem a adesão com receio de decepcionar ou desagradar os profissionais de saúde (SCHONNESSON et al., 2004; REMOR et al., 2007; LEITE et al., 2002).

Observou-se entre adolescentes e adultos jovens da África Meridional, Bisson et.al 2008, sensibilidade do SMAQ semelhante à identificada pelo nosso estudo (90,9%), ao considerar como padrão-ouro para a verificação da não adesão uma carga viral 1000 cópias/ml. Por outro lado, a especificidade foi maior (66,7%), o que pode estar relacionado com o maior valor de carga viral como parâmetro de adesão.

O estudo de desenvolvimento e validação do SMAQ foi realizado na Espanha e apresentou uma sensibilidade inferior (72%) e especificidade superior (91%) aquelas observadas no nosso estudo ao utilizar outro método indireto de identificação de pacientes não aderentes: sistema de monitoramento de tomada de medicação (MEMS, sigla em inglês para *medication-event monitoring system*), que utiliza frascos de medicamentos normais equipados com um microprocessador ativado por pressão na tampa. O microprocessador registra cada abertura e lista a data, hora e duração da abertura (KNOBEL et al., 2002).

Ao considerar a retirada de medicamentos na farmácia, nossos resultados foram diferentes aos identificados por uma revisão sistemática da literatura, Smith et al. (2022), que objetivou identificar a acurácia para a não adesão ao ARV de registros de farmácia e de banco de dados secundários comparados com a detecção de carga viral cuja sensibilidade variou entre 2% e 51% e especificidade entre 5% e 15% ao considerar como padrão-ouro carga viral 40 cópias. Por outro lado, ao considerar valores superiores de carga variável (entre 200 e 400 cópias), a sensibilidade variou entre 17% e 88% e a especificidade entre 46% e 95%.

Bisson et al. (2008), ao avaliar a acurácia dos registros de farmácia e da contagem de CD4 entre adultos de nove países da África Meridional, identificou, ao considerar adesão de 90% avaliada 6 e 12 meses após o início da ARV, uma sensibilidade que variou entre 81% e 84%, semelhante a observado no nosso estudo, e especificidade maior (entre 60% e 68%) ao utilizar como padrão-ouro carga viral de 1000 cópias/ml.

A baixa sensibilidade do método de retirada de medicações na farmácia, bem como a baixa especificidade do SMAQ identificadas pelo nosso estudo podem estar relacionadas ao critério considerado para supressão viral, 50 Cópias/mL recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil. 2018) que é mais restrito do que o da OMS (1000 cópias/ml) (MONTANER et al., 1998; KAUFMANN et al., 1998; FATKENHEUR et al., 1998; FATKENHEUR et al., 1997)

Os dados deste estudo sugerem que o SMAQ pode ser um método alternativo com alta sensibilidade para rastrear os pacientes não aderentes ao ARV. Já a retirada de antirretrovirais na farmácia, neste estudo, não foi fidedigna se comparada aos resultados de carga viral, sendo não aderentes pelo valor da carga viral 33%, considerada como padrão ouro e pela retirada da farmácia a taxa de não adesão é de 12,3%. Conclui-se que, não necessariamente, estando com retiradas regulares na farmácia a adesão é efetiva.

Foi possível também, após os resultados deste estudo, evidenciar a positividade da **associação entre o conhecimento das pessoas vivendo com HIV desenvolvido no processo terapêutico pedagógico no Serviço de Atendimento Especializado e a adesão da terapia antirretroviral**, pessoas que recebem orientações relacionadas à terapia antirretroviral e ao seu tratamento são mais aderentes que quem não recebe ou recebe e não compreende. Fica evidente, então, uma das hipóteses iniciais deste estudo, que afirma que quando o processo terapêutico do cuidado relacionado à pessoa que vive com HIV é realizado no sentido de este promover o seu autocuidado, fazer com que a pessoa entenda e administre seu tratamento a torne retida no serviço torna a adesão efetiva.

Estudos realizados no Brasil, Carvalho et al. (2021); Africa do Sul Heider 202; Moraes (2018) também trouxeram resultados semelhantes, assim o trabalho que o serviço de saúde realiza é de extrema importância, tanto no acolhimento, quanto na continuidade do tratamento. Se houver escuta ativa, ou seja, diálogo e comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa vivendo com HIV torna-se possível uma relação mais confiável e comprometida. O cuidado da pessoa que vive com HIV deve ser compartilhado.

Fato esse que fica claro no estudo em que evidencia que pessoas analfabetas são aderentes, fato esse é possível se ela estiver retida no serviço, ciente dos benefícios do antirretroviral e isso só ocorrerá se for feita de maneira correta e ininterrupta.

CONCLUSÃO

Foi comprovado que o uso da terapia antirretroviral é eficaz. Através da sua utilização foi possível atenuar os impactos do vírus que, no passado, causou um número expressivo de óbitos, tornando a infecção viral uma doença crônica com possibilidade de controle. A adesão à terapia antirretroviral e os fatores associados são muitos e necessitam serem estudados e aprofundados para compreensão da adesão e não adesão ao tratamento.

Esse estudo permitiu avaliar o perfil das pessoas que vivem com HIV atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado de um Hospital Universitário, as quais estão na faixa etária entre 36 e 49 anos, não possuem atividade remunerada, são de baixa renda, com baixa escolaridade, predomínio de raça branca, heterossexuais, solteiros e que moram com familiares. Quando comparados os controles, ou seja, dos pacientes que aderem ao tratamento antiretroviral com os pacientes que não aderem, identificou- se que os pacientes com baixa renda e baixa escolaridade eram mais propensos a não aderir ao tratamento antiretroviral.

Quanto as variáveis clínicas, a maioria adquiriu HIV por relação sexual, destaca-se que os pacientes não aderentes têm maior tempo de não tratamento e os níveis de CD4 significativamente menores.

O estudo também evidenciou que as pessoas que vivem com HIV que não receberam orientações sobre a medicação do HIV ou receberam e não compreenderam estão mais propensas a não adesão à medicação antirretroviral. Fica evidente o foco do processo terapêutico, em evidência a enfermeira, realizado no serviço de atendimento especializado, cuja construção do conhecimento, de forma conjunta e não verticalizada, promove estímulo à adesão ao tratamento e adoção de estímulos de vida saudável.

As potencialidades deste estudo estão na apresentação de resultados de fatores relacionados a não adesão, que vão além da descrição do perfil, faz a comparação através de três métodos de adesão identificando e comparando as peculiaridades que envolvem pacientes aderentes e não aderentes. Embora os dados não possam ser generalizados e comparados para todo um contexto nacional, eles refletem um recorte que precisa ser considerado e observado, principalmente para preparação dos serviços de saúde na retenção das pessoas que vivem com HIV.

Entre as dificuldades encontradas, a principal é a ausência de instrumento específico para aferir a adesão, o que dificulta a comparação dos resultados encontrados nestes estudos com os demais publicados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NOTICIA AIDS. **Brasil não cumpre metas da ONU sobre HIV;** teor de campanhas pode explicar. 2020. Disponível em: Brasil não cumpre metas da ONU sobre HIV; teor de campanhas pode explicar – Agência AIDS (agenciaaids.com.br). Acesso em: 24, out. 2022.

ARRUDA, D. C. J.; ETO, F. N.; VELTEN, A. P. C.; MORELATO, R Lírio; OLIVEIRA, E. R. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo**. Rev. bras. geriatr. gerontol.** (s.l.), v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: SciELO - Brasil - Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. Acesso em: 25, out. 2022.

BARBOSA, A. N.; PROENÇA, S. V. F.; RODRIGUES, J. O.; VIDAL, V. V. M. F.;, SOUZA, L. R. Simplificação da tarv hiv para terapia dupla ou monoterapia: dez anos de efetividade de uma coorte brasileira. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases.** v. 26, n. S1, 2022. Disponível em: https://www.bjid.org.br/en-simplificacao-da-tarv-hiv-para-articulo-S1413867021001872. Acesso em: 13 dez. 2023.

BISSON, G. P.; GROSS, R.; BELLAMY, S.; CHITTAMS, J.; HISLOP, M.; REGENSBERG, L.; FRANK, I.; MAARTENS, G.; NACHEGA, J. B. Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. **PLoS Med**. v. 5, n. 5, p. e109, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18494555/. Acesso em: 14 dez. 2023. doi: 10.1371/journal.pmed.0050109. PMID: 18494555; PMCID: PMC2386831.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissiveis e Aids. **Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento: Unidade de Assistência.** Distrito Federal: Biblioteca Virtual em Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em: 24, out. 2022.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22, out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 1: Tratamento.** Brasília/DF: Ministério Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMdulo1Tratamento.pdf. Acesso em: 13 dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para**

profilaxia pré-exposição (prep) de risco à infecção pelo hiv. Brasília/DF: Ministério Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf. Acesso em: 13 dez 2023.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria Políticas Saúde. Coordenação Nacional DST e AIDS. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids.** Disponivel em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100013. Acesso em: 16, nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 264, De 17 De Fevereiro De 2020**. Brasília: Ministério Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 25, out. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete Ministro. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Brasília: Ministério saúde. 2020. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 24, out. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia De Vigilância Em Saúde**. v. 2. Brasília: Ministério saúde, 2017. Disponível em: guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf. Acesso em: 24, out. 2022.

BRASIL. 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. **Manual Técnico Para O Diagnóstico Da Infecção Pelo Hiv Em Adultos E Crianças**. Brasília: Ministério saúde. 2018. Disponível em: manual tecnico hiv_09_2018.indd (pncq.org.br). Acesso em: 24, out. 2022.

BRASIL. 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. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério saúde. 2008. Disponível em: manual_adesao_tratamento_hiv.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 24, out. 2022.

BRASIL. 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. **Manual Técnico Para O Diagnóstico Da Infecção Pelo Hiv.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: ManualTecnicoparaoDiagnosticodaInfeccaopeloHIVRevisao20174edicao30102017Consultapublica.pdf (www.gov.br). Acesso em: 24, out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2021.pdf (saude.gov.br). acesso em: 24 out. 2022.

BRASIL. 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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://nhe.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2019/08/2018-PCDT-MANEJO-DA-INFECCAO-PELO-HIV-EM-ADULTOS.pdf. Acesso em: 25, out. 2022.

BRASIL. 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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acesso em: 25, out. 2022**.**

BRASIL. Ministério Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2021**. Brasília: Ministério Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>. Acesso em: 25, out. 2022.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria Vigilância Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 45, n. 2, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf>. Acesso em: 25, out. 2022.

BRASIL. Ministério Saúde. **Sistema De Informação De Agravos De Notificação**. Brasília: Ministério Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf>. Acesso em: 25, out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996.** Distrito Federal: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art. Acesso em: 11 dez. 2023.

CANCIAN, N. R.; BECK, S. T.; SANTOS, G. S.; Bandeira, B. Importância da atenção multidisciplinar para resgatar o paciente com HIV/AIDS apresentando baixa adesão à terapia antirretroviral. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 45, p. 55-60, 2015. Disponível em https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2910. Acesso em: 25 nov. 2022.

CARVALHO, C. V.; MERCHÁN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Rev Soc Bras Med Trop** [Internet]. v. 40, n. 5, p. 555–565, 2007. Available from: https://doi.org/10.1590/S0037-86822007000500013. Acesso em: 12 dez. 2023

CARVALHO, P. P.; BARROSO, S. M.; COELHO, H. C.; PENAFORTE, F. R. O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciênc. saúde colet**. (s.l.), v. 24, n. 7, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hwgHkxJgkv5TpcVPVTtsLxs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25, out. 2022.

CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, v. 20, n. 5, p. 1388-1397. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/ZJWFrNP8f7rHPwzLqmx8VGK/abstract/?lang=pt#ModalTutors. Acesso em: 28, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500034.

CHESNEY, M. A.; ICKOVICS, J.; HECHT, F. M.; SIKIPA, G.; RABKIN, J. Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. **AIDS**, v. 13, (Suppl. A), p. 271±S278, 1999. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10885784/. Acesso em: 14 dez. 2023.

COSTA, J. M; TORRES, T. S; COELHO, L. E; LUZ, P. M. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. **J Int AIDS Soc.** v. 21, n. 1 p. e25066, 2018. Disponivel em <https://issuhub.com/view/index/32361> Acesso em: 19, nov.
2022. doi: 10.1002/jia2.25066. PMID: 29356390; PMCID: PMC5810329.

DEMASI, R. A.; GRAHAM, N. M.; TOLSON, J. M.; PHAM, S. V.; CAPUANO, G. A.; FISHER, R. L.; SHAEFER, M. S.; PAKES, G. E.; SAWYERR, G. A. ERON JUNIOR, J. J. Correlation between self-reported adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) and virologic outcome. **Advances in therapy**, v. 18, n. 4, p. 163–173, 2001. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11697019/. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1007/BF02850110.

DOHERTY, M.; FORD, N.; VITORIA, M.; WEILER, G.; HIRNSCHALL, G. The 2013 WHO guidelines for antiretroviral therapy: evidence-based recommendations to face new epidemic realities. **Current Opinion *in* HIV and AIDS**. - v. 8, n. 6, p 528-534, 2013. Disponivel em: https://journals.lww.com/cohivandaids/Abstract/2013/11000/The_2013_WHO_guidelines_for_antiretroviral.3.aspx. Acesso em: 12 nov. 2022.

DOURADO, I; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, (S.l.), v. 40, (suppl), 2006. Disponível em: SciELO - Brasil - Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Acesso em: 24, out. 2022.

DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** (S.l.) v. 23. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pgwFBPVGGD8rqrYMwKPrbSq/. Acesso em: 25, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-549720200080.

EYASSU, M. A.; MOTHIBA, T. M.; MBAMBO-KEKANA, N. P. Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, South Africa : original research. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**,

v. 8, n. 2, 2016. Disponível em: Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, South Africa : original research | African Journal of Primary Health Care and Family Medicine (journals.co.za). Acesso em: 27, out. 2022.

FERREIRA, M. A. M.; LIMA, T. N. B.; RODRIGUES, B. F. L.; NASCIMENTO, J. A.; BEZERRA, V. P.; PATRÍCIO, A. C. F. A. Conhecimento e fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Cogitare enferm.** v. 25, 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/biblio-1142803. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67768.

FLEURY SEIDL, E. M.; REMOR, E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. **Psicologia: Teoria E Pesquisa.** v. 36, (spe), 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/LxcskdX5twtsL7QybkNGMHk/. Acesso em: 16, jan. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6.

FORESTO, J. S.; MELO, E. S.; COSTA, C. R. B.; ANTONINI, M.; GIR, E.; REIS, R. K. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 1, p. e63158, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PfjVkxK8SYgXHXdmxRL4GgB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 dez. 2023. doi: http://dx.doi. org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158

FURG/HU. **Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. - HU-FURG**. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande – FURG, 2020. Disponível em: <https://medicina.furg.br/historia/hospital-universitario-dr-miguel-riet-correa-junior>. Acesso em: 15, out. 2020.

GARBIN, C. A. S.; GATTO, R. C. J.; GARBIN, A. J. I.. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. *6, n.* 2, 2017. Disponível em: https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1787. Acesso em: 12 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.21270/archi.v6i2.1787

GLASS, T; CAVASSINI, M. Asking about adherence - from flipping the coin to strong evidence. **Swiss Med Wkly**. v. 144, p. 14016, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25275364/. Acesso em: 12 dez. 2023.

GOMES, R. R. F. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, (s.l.), v. 25, n. 3, 2009. Disponível em: SciELO - Brasil - Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. Acesso em: 24, out. 2022.

GUIBU, I. A.; BARROS, M. B. A.; DONALÍSIO, M. R.; TAYRA, Â.; ALVES, M. C. G. P. Survival of AIDS patients in the Southeast and South of Brazil: analysis of the 1998-1999

cohort. **Saúde Pública** (s.l.), v. 27, suppl. 1, 2011. Disponível em: <SciELO - Brasil - Survival of AIDS patients in the Southeast and South of Brazil: analysis of the 1998-1999 cohort Survival of AIDS patients in the Southeast and South of Brazil: analysis of the 1998-1999 cohort>. Acesso em: 24, out. 2022.

HAIDER, M. R.; BROWN, M. J.; HARRISON, S.; YANG, X.; INGRAM, L.; BHOCHHIBHOYA, A.; HAMILTON, A.; OLATOSI, B.; LI, X. Sociodemographic factors affecting viral load suppression among people living with HIV in South Carolina. **AIDS Care**. v. 33, n. 3, p. 290-298, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31856584/. Acesso em: 12 dez. 2023. Doi: doi: 10.1080/09540121.2019.1703892. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31856584; PMCID: PMC7302958.

HAUBRICH, R. H.; LITTLE, S. J.; CURRIER, J. S.; FORTHAL, D. N.; KEMPER, C. A.; BEALL, G. N.; JOHNSON, D.; DUBÉ, M. P.; HWANG, J. Y.; MCCUTCHAN, J. A. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. **AIDS, v.** 13, n. 9, p. 1099–1107, 1999. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10397541/.a acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1097/00002030-199906180-000.

KAZANJIAN, P. The AIDS Pandemic in Historic Perspective. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, (S.l.), v. 69, N. 3, p. 351-382, 2014. Disponível em: <The AIDS Pandemic in Historic Perspective on JSTOR>. Acesso em: 24, out. 2022.

KNOBEL, H.; ALONSO J.; CASADO, J. L.; COLLAZOS, J.; GONZÁLEZ, J.; RUIZ, I.; KINDELAN, J. M.; CARMONA, ,A.; JUEGA, J.; OCAMPO, A. Validationof a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV- infected patients: the GEEMA Study. **AIDS.** v. 16, n. 4, p. 605-613, 2002. .Disponível em https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11873004/. Acesso em 27, dez. 2012.

LEITE, J. C. C.; DRACHLER, M. L.; CENTENO, M. O.; PINHEIRO, C. A. T.; SILVEIRA, V. L. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. ***Psic Reflexão e Crítica,*** v. 5, n. 1, p. 121-133, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/YS5XTxrS8kWpqXJvXGRSVLD/?lang=pt. Acesso em: 14 dez. 2023.

LOPESI, L. M.; ANDRADE, R. L. P.; ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO G. T.; NEMES, M. I. B.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A. Fatores de vulnerabilidade associados às internações por HIV/aids: estudo caso controle. **Rev Bras Enferm.** (s.l.), v. 73, n. 3, 2020. Disponível em: <2018-0979 - POR.indd (scielo.br)>. Acesso em: 24, out. 2022.

LORETO, S.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa,** (S.l.), v. 1 n. 2, 2012. Disponível em: https://actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/18. Acesso em: 24 out. 2022.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F. I.; MAGNANINI, M. M. F.; SILVA, C M. F. P. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, pp. 559-565, 2010. Disponível em:

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C10_STROBE.pdf. Acesso em: 18, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021.

MARINS, J. R. P.; JAMAL, L. F.; CHEN, S. Y.; BARROS, M. B.; HUDES, E. S.; BARBOSA, A. A.; CHEQUER, P.; TEIXEIRA, P. R.; HEARST, N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS London, England**, v. 17, n. 11, p. 1675–1682, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12853750/. Acesso em: 25, out. 2022.

MARTINS, R. S.; KNAUTH, D. R.; VIGO, A.; FISCH, P. Eventos marcadores associados à adesão ao tratamento para HIV/aids em um estudo de coorte. **Rev Saude Publica,** v. 57, n. 20, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/phdF9M5sTKjSZhXCwtPRRrq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219.

MATEO-URDIALES, A.; JOHNSON, S.; SMITH, R.; NACHEGA, J. B.; ESHUN-WILSON, I. Início rápido da terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 6, n 6, 2019. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012962.pub2/full. Acesso em: 14 dez. 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD012962.pub2. PMID: 31206168; PMCID: PMC6575156.

MENESIA, E. O.; PASSOS, A. D. C.; MONTEIRO, M. E.; DAL-FABBRO, A. L.; LAPREGA, M. R. Sobrevivência de pacientes com aids em uma cidade do sudeste brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 10 n. 1, 2001. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/8624?locale-attribute=pt. Acesso em: 13 dez. 2023.

MENEZES, E. G.;, SANTOS, S. R. F.;, MELO, G. Z. S.; TORRENTE, G.; PINTO, A. S.; GOIABEIRA, Y. N. L. A. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 299-304, 2018. Disponivel em <https://www.scielo.br/j/ape/a/y7VFMfdmBYdFVgQFYrSK3Zs/abstract/?lang=pt>. Acesso em 5, nov.2022.

MIRANDA, M. M. F.; OLIVEIRA, D. R.; QUIRINO, G. S.; OLIVEIRA, C. J.; PEREIRA, M. L. D.; CAVALCANTE E. G. R. Adherence to antiretroviral therapy by adults living with HIV/aids: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm, v.** 75, n. 2, p. e20210019, . Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34669905/. Acesso em: 13 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0019

NDORO, T; NDLOVU, N; NYASULU, P. Factors associated with ART adherence among HIV-positive adherence club members in Ekurhuleni Metropolitan Municipality, South Africa: A cross-sectional study. **PLoS One.** v. 17, n. 11, p. e0277039, 2022. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9624407/>. Acesso em 07, nov. 2022.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. O. Delineando estudos de caso-controle. In: CUMMINGS, S. R..; BROWNER, W S.; GRADY, D. G. .; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 121-32. Disponível em https://www.academia.edu/44256089/Livro_Delineando_a_Pesquisa_Cl%C3%ADnica. Acesso em 07/05/2023

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Prevenção de doenças crônicas:** um investimento vital. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.htm. Acesso em: 23, novo. 2022.

ORGANIZAÇÃO Mundial Saúde. **Organização Pan-Americana Saúde (OPAS).** HIV/AIDS. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids. Acesso em: 2, jan. 2023.

PASCHOAL, E. P.; SANTO, C. C. E.; GOMES, A. M. T.; SANTOS, É. I.; OLIVEIRA, D. C.; PONTES, A. P. M. Adesao aterapia antirretroviral e suas representacoes para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm,** (s.l.), v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704655>. Acesso em: 25, out. 2022.

PATERSON, D. L.; SWINDELLS, S.; MOHR, J.; BRESTER, M.; VERGIS, E. N.; SQUIER, C.; WAGENER, M. M.; SINGH, N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med**. v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10877736/. Acesso em: 14 dez. 2023. doi: 10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00004.

PINTO V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. S.; GUTIERREZ E. B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciênc saúde coletiva,** v. 23, n. 7, p. 2423–2432, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-952711. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016.

PINTO NETO, L. F. S. Como começar a terapia antirretroviral em 2016: revisão das principais diretrizes. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases,** v. 2, n. 2, abr. 2016. Disponível em: https://www.bjid.org.br/en-pdf-X2177511716525116. Acesso em: 11 dez. 2023.

POLEJACK, L; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v. 15, suppl 1, pp. 1201-1208. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/wghzVXCLJFrmVC8Zsc75wRn/#ModalTutors. Acesso em: 14, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029.

PRIMEIRA, M. R.; SANTOS, W. M.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, eAPE20190141, 2020. Disponivel em https://www.scielo.br/j/ape/a/PXs5hjCLkLsP4V9pYZt8Wjn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 12, nov.2022.

REGO, S. R. M.; OLIVEIRA, C. F. A.; REGO, D. M. S.; SANTOS JÚNIOR, R. F. ; SILVA, V. B. Estudo do auto-relato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J bras psiquiatr, v.** 60, n. 1, p. 46–49, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/Ncd5vht3RLxL6WfcczHczRF/. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000100009

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para Evaluación de la Adhésion al Tratamiento Antiretroviral". **Rev. Saude Publica,** v. 4, n. 5, p. 685-694, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/TR9qD69DLwqTffRsYw8vVsq/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 14 dez. 2023.

ROCHA, G. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A; GUIMARÃES, M. D. C. Monitoring adherence to antiretroviral treatment n Brazil: an urgent challenge. **Cad Saude Publica.** 27,(Supl. 1), p. 67-78, 2011. Disponivel em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ChSDknHZ5tJRxBNHYd5gFzS/?lang=en> Acesso em 10, nov.2022.

ROSSI, S. M. G.; MALUF, E. C. P.; CARVALHO, D. S. C.; RIBEIRO, C. E. L.; BATTAGLIN, C. R. P.. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, (S.l.), v. 32, n. 2, p. 117-123, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v32n2/v32n2a05.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

SCHÖNNESSON, L.; ROS, M.; WILLIAMS, M. The HIV medication self-reported non-adherence reasons (SNAR) Index and its underlying psychological dimensions. ***Aids and Behavior,*** v. 8, n. 3, p. 293-301, 2004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15475676/. Acesso em: 14 dez. 2023.

SHARP, P. M.; HAHN, B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic: Cold Spring. **Harb Perspect Med,** (S.l.), v. 1, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>. Acesso em: 24, out. 2022.

SHUBBER, Z.; MILLS, E. J.; NACHEGA, J. B.; VREEMAN, R.; FREITAS, M.; BOCK, P.; NSANZIMANA, S.; PENAZZATO, M.; APPOLO, T.; DOHERTY, M.; FORD, N. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS medicine,** v. 13, *n.* 11, p. e1002183, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127502/. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002183.

SILVA, C. G. S. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 156-163, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/wfsdbJm9T8HG67YqTJzDQ6x/abstract/?lang=pt. Acesso em. 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100013.

SILVA, J. A. G., DOURADO, I., BRITO, A. M. D., & SILVA, C. A. L. D. . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador. **Cad Saude Publica**, v. *31, n.* 6, p. 1188-1198, 2015. Disponível em https://www.scielo.br/j/csp/a/6BYdkwrydhRz3WPd5WYr7bn/ . Aceso em 05 dezembro, 2022

SILVA, R. A. R.; NELSON, A. R. C.; DUARTE, F. H. S.; PRADO, N. C. C.; HOLANDA, J. R. R.; COSTA, D. A. R. S. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes com AIDS Evaluation of adherence to antiretroviral therapy for AIDS patients. **Revista de Pesquisa**

Cuidado é Fundamental Online, *[S. l.]*, v. 9, n. 1, p. 15–20, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.15-20. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3736>. Acesso em: 05, nov. 2022.

SILVEIRA, E. A. A; CARVALHO, A. M. P. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 6, p. 813-818, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/vtZ76BwL7bDTDpN8CpSrBTv/?lang=pt#. Acesso em: 19, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000600010.

SMITH, R.; VILLANUEVA, G.; PROBYN, K.; SGUASSERO, Y.; FORD, N.; ORRELL, C.; COHEN, K.; CHAPLIN, M.; LEEFLANG, M. M.; HINE, P. Accuracy of measures for antiretroviral adherence in people living with HIV. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 7, n. 7, p. CD013080. 2022. Diaponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013080.pub2/full. Acesso em: 14 dez. 2023. doi: 10.1002/14651858.CD013080.pub2. PMID: 35871531; PMCID: PMC9309033.

SOARES, R. C. A.; BRITO, A. M.; LIMA, K.; LAPA, T. M. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: a cross-sectional study. **Sao Paulo Med J,** v. 137, n. 6, p. 479–485, 2019. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159632/. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0212170919

SOUZA, P. R..; TAVARES, C. F.; PIMENTA, B.; CORRÊA, C. D.; BRITO, M. S.; ANDRIOLO, N. G. Prevalência dos estudos que avaliam a associação entre síndrome do pé diabético e suas complicações: uma análise a partir do instrumento Strobe. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 9, p. e3062-e3062, 2020. Disponível em https://scholar.archive.org/work/rie4nr3k4ncmvet7cf3s4ps3cu/access/wayback/https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/download/3062/1939. Acesso em 07/05/2023.

SOK, P.; MGBERE, O.; POMPEII, L.; ESSIEN, E. J. Evaluation of the Sociodemographic, Behavioral and Clinical Influences on Complete Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Infected Adults Receiving Medical Care in Houston, Texas. **HIV AIDS (Auckl),** v. 13, p. 539-555, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34040451/. Acesso em: 13 dez 2023. doi: 10.2147/HIV.S303791. PMID: 34040451; PMCID: PMC8140896.

SOUSA, A.; DIAS, L. N. Uma Breve Síntese Do Cenário Atual Dos Medicamentos E Terapias Antirretrovirais Para O Combate Ao Hiv No Brasil. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 36–50, 2021. Disponível em: https://www.recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/134. Acesso em: 12 nov. 2022.

TAVARES, N. U. L; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**. 2013, v. 47, n. 6, p. 1092-1101. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2013.v47n6/1092-1101/pt/. Acesso em 25, nov. 2022. Doi: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834

UNAIDS. **Estatísticas globais do HIV**. *Site.* 2021. Disponível em: Estatísticas - UNAIDS Brasil. Acesso em: 24, out. 2022.

UNAIDS. **Estatísticas globais do HIV**. *Site.* 2022. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf. Acesso em: 24, out. 2022.

UNAIDS. **Segundo Órgãos de Saúde, conhecer a carga viral aproxima as pessoas com HIV de seus direitos.** *Site*. 2017 http://agenciaaids.com.br/noticia/segundo-orgaos-de-saude-conhecer-a-carga-viral-aproxima-pessoas-com-hiv-de-seus-direitos/. Acesso em: 16, jan. 2023.

UNITED Nations Programme on HIV/AIDS. **UNAIDS Global AIDS Update.** 2022. Disponível em: Full report — In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Acesso em: 24, out. 2022.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GØTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P.; STROBE INITIATIVE. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. ***Journal of clinical epidemiology***, v. 61, n. 4, p. 344–349, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313558/. Acesso em: 14 dez. 2023. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I.; BERARDINELLI, L. M. M.; BORENSTEIN, M. S.; MEIRELLES, B. H. S.; ANDRADE, S. R. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 out. 2022.

WANG, X.; WU, Z. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients. **AIDS,** v. 21, p. 149-155, 2007. Disponível em https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2007/12008/Factors_associated_with_adherence_to.23.aspx. Acesso em 10, nov de 2022.

WORLD Health Organization. **Adherence to long term therapies:** evidence for action. Genebra: World Health Organization; 2003. Disponível em: https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003. Acesso em: 14 dez. 2023.

WORLD Health Organization**. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030.** 2022. Disponível em: <Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 (who.int)>. Acesso em: 24, out. 2022.

World Health Organization. **The role of hiv viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief.** 2023. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf. Acesso em: 13 dez. 2023.

ANEXO 1

Checklist STROBE - Estudos Observacionais (Estudos Caso-Controle).

Tópico	N° do item	Item do checklist
		Título e resumo
	1ª	Identifique o desenho de estudo com um termo comumente utilizado, no título ou no resumo.
	1b	Apresente um resumo informativo e equilibrado sobre o que foi feito e o quê foi encontrado.
		Introdução
Contexto e justificativa	2	Explique o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
		Métodos
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (*setting*)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (*follow-up*) e coleta de dados.
Participantes	6ª	Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles.
	6b	Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, fatores de confusão e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados / Mensuração	8*	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.

Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise.
Quantitativas		Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porquê.
Métodos estatísticos	12ª	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controlar fatores de confusão.
	12b	Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações.
	12c	Explique como foram tratados os dados que faltaram.
	12d	Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi feito.
	12e	Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13* a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados).
	13* b	Descreva as razões para a ausência de participação em cada etapa.
	13* c	Avalie a pertinência de apresentar um fluxograma.
Dados descritivos	14* a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial.
	14* b	Indique, para cada variável de interesse, o número de participantes cujos dados faltaram.
Desfecho	15*	Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição, ou apresente medidas resumo da exposição.
Resultados principais	16ª	Forneça estimativas não ajustadas e, se aplicável, estimativas com ajustes dos fatores de confusão, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais os fatores de confusão que foram ajustados e porque foram incluídos.
	16b	Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados.
	16c	Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo

		relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. (ex: análises d subgrupos, interação, sensibilidade).
Discussão		

Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

Fonte: Disponível em: <https://comuabc.com.br/2022/wp-content/uploads/2021/04/checklist-estudos-caso-controle-strobe.pdf>. Acesso em: 27, dez. 2022.

ANEXO 2

Aprovação Comite de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO EXTREMO SULDO BRASIL.

Pesquisador: JOICE SIMIONATO VETTORELLO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 66937323.0.0000.5324

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.508.875

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas do Projeto n.° 236375_E1, gerado pelo preenchimento dos campos de submissão da plataforma Brasil em 25/10/2023, e/ou do Projeto Detalhado.

RESUMO

Introdução: Estudos apontam que há relação entre adesão ao tratamento antirretroviral e o conhecimento que o portador do vírus HIV tem sobre o Vírus e a importância do uso da Terapia antirretroviral (TARV) Objetivo: Avaliar a não adesão ao tratamento antirretroviral das em PVHA atendidas no SAE-HU FURG devido ao desconhecimento do vírus HIV e seu tratamento. Metodologia: Estudo observacional retrospectivodo tipo caso controle com amostragem por incidência densidade norteado pela ferramenta STROBE. Utilizou

- se o instrumento QSAM validado que mensura a adesão a terapia antirretroviral e um instrumentoconstruído pelos pesquisadores que caracteriza fatores relacionados a adesão. Os dados serão analisadosa luz da estatística descritiva e inferencial.

Palavras-chave: Adesão à medicação, Conhecimento, Terapia antirretroviral de alta atividade, Antirretrovirais, HIV.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar a não adesão ao tratamento antirretroviral das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) atendidas em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de um hospital universitário devido ao desconhecimento dovírus HIV e seu tratamento.

- Objetivos Específicos

1. Descrever as características sociodemográficas das pessoas em uso de TARV; 2. Descrever a adesãoquanto ao TARV dos participantes da pesquisa;
3. Comparar o autorrelato com o resultado da carga viral e as retiradas de TARV na Unidade de dispensação de medicamento dos participantes do estudo;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferecerá riscos físicos, morais, sociais ou culturais para o entrevistado. No entanto, o desenvolvimento da entrevista pode desencadear sentimentos aos sujeitos de desconforto, ao relatar as situações do acometimento da infecção por HIV. Caso isso ocorra, os participantes terão o direito de continuar ou não com a pesquisa e sua decisão será respeitada pela entrevistadora. Além disso, a pesquisadora garantirá assistência integral, assistência imediata e gratuita ao participante, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa.

Serão diretos os benefícios da pesquisa para os entrevistados, uma vez que esta pesquisa abordará os fatores predisponentes de adesão ao TARV contribuindo para posterior identificação e implementação de ações de cuidados de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Carta de justificativa de emenda para alteração de cronograma

Prezado Comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande

Eu Joice Simionato Vettorello venho por meio deste solicitar a alteração do cronograma do projeto de pesquisa intitulado O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO EXTREMO SUL DO BRASIL. O novo cronograma

foi anexado nos documentos relacionados a pesquisa. Rio Grande 25 de outubro de 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda submetida atende ao previsto na Norma Operacional 001/2013, item 2 – procedimentos administrativos do sistema CEP/CONEP, subitem 2.1. aspectos comuns, H – da tramitação das emendas e extensões

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas noCEP, conforme Resolução CNS 466/12 item XI.2.d. e Resolução CNS 510/16 Art. 28.V.

O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (https://propesp.furg.br/pt/comites/cep-furg) e o seu prazo é de 40 dias após a data final do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2236375_E1.pdf	25/10/2023 15:07:38		Aceito
Outros	Carta_de_justificativa_de_emenda_para_alteracao_de_cronograma_assinado.pdf	25/10/2023 15:05:48	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Cronograma	novocronogramaprojeto.pdf	25/10/2023 14:57:02	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.pdf	14/03/2023 16:40:32	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito

Brochura Pesquisa	projeto2.pdf	14/03/2023 16:38:59	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Outros	cartarespostaversao2.pdf	14/03/2023 16:37:48	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termoresposta.pdf	08/03/2023 16:30:15	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Ausência	termoresposta.pdf	08/03/2023 16:30:15	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Outros	cartarespostacep.pdf	08/03/2023 16:21:36	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Brochura Pesquisa	projetojoice.pdf	08/03/2023 16:19:18	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	31/01/2023 15:54:55	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	31/01/2023 15:28:49	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Outros	COMPESQ.pdf	31/01/2023 15:27:45	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Outros	carta.pdf	31/01/2023 15:27:18	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	31/01/2023 15:07:28	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	31/01/2023 15:03:08	JOICE SIMIONATO VETTORELLO	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

RIO GRANDE, 16 de Novembro de 2023

Assinado por: Camila Daiane Silva (Coordenador(a))

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Joice Simionato Vettorello, sou aluno (a) da pós graduação em enfermagem doutorado em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada "O PROCESSO DE ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO EXTREMO SUL DO BRASIL" sob orientação do (a) professor (a) Dr (a) Marta Regina Cesar Vaz. 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 avaliar a não adesão ao tratamento antirretroviral das em PVHA atendidas no SAE-HU FURG devido ao desconhecimento do vírus HIV e seu tratamento. Após realizar o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, onde será necessário responder aos seguintes questionários (1) questionário para com variáveis sociodemográficas e comportamentais; (2) questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids além da autorização para a verificação do seu prontuário online inserido nos Sistemas HU FURG bem como o registro das retiradas de antirretrovirais contidos na UDM do mesmo hospital. 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). Os riscos dessa pesquisa são mínimos, como o desconforto emocional, frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência integral, assistência imediata e gratuita. Você tem direito a indenização pelo dano decorrido da pesquisa nos termos da Lei. Será garantido seu anonimato, confidencialidade, privacidade e sigilo da sua participação. Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (endereço: General Osório s/nº Campus da Saúde, e-mail: joicesimionato@hotmail.com.br, com, telefone: (53) 32338841 ou com o(a) pesquisador(a) responsável (endereço: General Osório s/nº Campus da Saúde, e-mail: mrcezarvaz@gmail.com, telefone: (53) 32338864) ou ainda pelo CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: cep@furg.br, telefone: 3237.3013. O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres

humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com o (a) pesquisador (a).

Espaço para digital (se necessário)

Você aceita participar?

Eu aceito participar desta pesquisa.

_____

Assinatura do (a) participante/responsável. Data ___/____/____

_____

Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável. Data ___/____/___

Apêndice B

QUESTIONÁRIO DE DADOS EM ENTREVISTA.

	Codificação
1. Número do questionário	01 qstnu _ _ _
2. **Municipio que reside**:	02Mun _ _
3. **Idade (anos completos):_____anos**	03 Ida _ _
4. Raça (declarada pelo participante)? (0) branca; (1) preta; (2) amarela; (3) parda; (4) indígena,	04Raç _
5. Você Trabalha? (0) Não; (1) Sim.	05Trab _
6. Você estuda? (0) Não; (1) Sim.	06 Est _
7. Qual a sua renda mensal? (1) 0-1 salário mínimo (2) 1-2 salários mínimos; (3) 2-3 salários mínimos; (4) 3-5 salários mínimos; (5) 5- 11 salários mínimos; (6) mais que 11 salários mínimos.	07Ren _
8. Quantas pessoas dependem dessa renda?	08dep_ _
9. Com quem você mora: (0)Família; (1) com filhos (2) Sozinho; (3) Instituições; (4) Amigos.	09Mor _
10. Qual seu sexo biológico? (0) Feminino (1) Masculino	10Sex _
11. Qual sua orientação sexual (0)Heterossexual (1)Homossexual (2) Bissexual (3) Não se interessa por sexo	11Orie _
12. Qual sua situação conjugal? (0) Solteira; (1) Casada; (2) União consensual; (3) Divorciada; (4) Viúva.	12Sitcon _

13. Qual sua escolaridade? 0-Analfabeto; 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau); 2 -Ensino Fundamental incompleto (antigo ginásio ou 1º grau); 3-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau); 4-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau); 5-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau); 6-Educação superior incompleta; 7-Educação superior completa; 8- Pós Graduação Completa.	13Esco _ _

COMPORTAMENTAIS

	Codificação
14. Forma como adquiriu o HIV? (1) Relação Sexual; (2) Uso de Drogas Injetáveis; (3) Transfusão de Hemoderivados; (4) Transmissão Vertical; (5) Não sabe.	14For _ _
15. Você ingere alguma bebida que contenha álcool? (0) Não; (1) Sim,	15Alc _
Se sim, com que frequência você ingere uma bebida que contenha álcool? (1) Uma vez por mês ou menos; (2) Duas a quatro vezes por mês; (3) Duas a três vezes por semana; (4) Quatro ou mais vezes por semana; Se outra, qual?	15sim _ _
16. Em relação ao uso de drogas? Você faz uso? (0) Não; (1) Sim;	16Dro _
Se sim para DROGAS. Que tipo de drogas você faz uso? (1) Cigarro; (2) Maconha; (3) Cocaína; (4) Crack; (5) Drogas sintéticas; Se outra, qual?	16Simdro _ _

17. Você deixa de tomar seus medicamentos (TARV) para fazer uso de álcool ou de drogas? (0) Não; (1) Sim.	17Tarv _
Com que frequência isso acontece? (1) Uma vez por mês ou menos; (2) Duas a quatro vezes por mês; (3) Duas a três vezes por semana; (4) Quatro ou mais vezes por semana.	17freqtarv _
18. Você tem relações sexuais? (0) Não; (1) Sim.	18Rel _
Se sim 19. Faz uso de preservativos nas relações sexuais? (0) Não; (1) Sim.	19usopre _
Com que frequência? (1) Sempre; (2) às vezes; (3) na maioria das vezes.	19presfre _
20. Você recebe algum tipo de orientação nesse serviço sobre HIV/ aids? (0)Não; (1)Sim.	20Ori _
Se sim, 21. qual profissional o orienta? (1) médico; (2) enfermeiro; ( ) outro _____.	21prori _
Com que frequência você compreendeu essas orientações? (0) não compreendo; (1) algumas vezes; (2) metade das vezes; (3) muitas vezes; (4) sempre.	21Profreq _
22. Você recebe algum tipo de orientação especifica nesse serviço relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral? (0)Não; (1)Sim.	22ademed _

Se sim, 23. qual profissional o orienta? (0) medico; (1) enfermeiro; ( ) outro _____.	23prof _
Com que frequência você compreende essas orientações? (0) não compreendo; (1) algumas vezes; (2) metade das vezes; (3) muitas vezes; (4) sempre.	23freqcom _
Conhecimento sobre HIV/aids e tratamento antirretrovirais: Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o Vírus HIV e o tratamento antiretroviral e gostaria que você respondesse se acha certo ou errado cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei".	
24. HIV destrói a defesa do organismo: (1) certo (2)errado (3) não sei	24HIVdist _
25. O HIV tem cura: (1)certo (2)errado (3)não sei	25HIVcur _
26. HIV pode-se pegar pelo sangue contaminado: (1)certo (2)errado (3)não sei	26HIVsan _
27. **HIV pode-se pegar por meio de relação sexual:** 1) certo (2) errado (3)não sei	27 HIVrel _
28. HIV pode-se pegar através do abraço: (1)certo (2)errado (3)não sei	28HIVabr _
29. **O tratamento antirretrovirais melhora a resistência do organismo:** (1)certo (2)errado (3)não sei	29Resit _
30. **O tratamento antirretrovirais ajuda evitar algumas doenças graves:** (1)certo (2)errado (3)não sei	30Doegrave _
3 1 . **O tratamento antirretrovirais deve ser tomados todos os dias:** (1)certo (2)errado (3)não sei.	31Todias _
32. O tratamento antirretrovirais deve ser tomados sempre no mesmo horário: (1) certo (2)errado (3)não sei	32Meshor _
33. **Mesmo não estando doente, mas sendo portador do vírus HIV, é necessário realizar o tratamento antirretroviral:**	33Nãoesta _

(1)certo (2)errado (3)não sei	
34. A medicação antirretrovirais deve ser tomado durante toda vida: (1)certo (2)errado (3)não sei	34Todavi _
35. **Por qual (s) forma (s) você reconhece seus medicamentos?** (1) pelo nome ; (2) pelo tamanho e formato; (3) pela cor; (4) pelo frasco; (5)não reconhece.	35Recomed _ _
36. Você já deixou de tomar o medicamento para HIV alguma vez? (0) Não; (1) Sim.	36Tomed _
Se sim, por qual (s) motivo (s) abaixo: (1) por duvidar do diagnóstico de HIV/aids; (2) por não ter nenhum sintoma de doença; (3) por sentir piora na saúde; (4) por esquecimento; (5) por falta do medicamento em casa; (6) por indicação médica; (7) por ter dificuldade em guardar o medicamento; (8) por ter desistido de viver; (9) por problemas familiar; (10) bebida alcoolica e ou uso de drogas. _____ ____	36mot _ _

ANEXO 3

<u>Questionário Simplificado de Adesão à Medicação:</u>

1. Você alguma vez se esqueceu de tomar sua medicação?	( )Sim	( )Não
2. Você se descuida do horário de tomar a medicação?	( )Sim	( )Não
3. Você alguma vez parou de tomar a medicação, quando sentiu-se pior?	( )Sim	( )Não
4. Na última semana, quantas vezes você não tomou amedicação?	( ) Nenhuma vez ( ) 1 a 2 vezes ( ) 3 a 5 vezes ( ) 6 a 10 vezes ( ) > 10 vezes	
5. Você deixou de tomar a medicação durante o último fim de semana?	( )Sim	( )Não
6. Nos último 3 meses, quantos dias você passou sem tomar nenhuma medicação?		

APENDICE C

QUESTIONÁRIO DE DADOS COLETADOS EM PRONTUÁRIO E NA FARMÁCIA DO SERVIÇO

Nome do aplicador:

Data de aplicação:___/_____/____

Número do questionário ____

Nome do paciente:

1) Início de tratamento?

3) Último valor do CD4:_____ 4) Data da realização: ___/__/_____

5) Último valor de Carga Viral:_____ Data da Realização___/_____/_____

6) Esquema antirretroviral, doses e posologia em uso:

7). Retirada da TARV nos últimos seis meses

1) Mês 1: Data da retirada: _____/_____/ ____Quantidade: _____
2) Mês 2: Data da retirada:_/_____/ ____Quantidade: _____
3) Mês 3: Data da retirada:_/_____/_____Quantidade: _____
4) Mês 4: Data da retirada:_/_____/ ____Quantidade: _____
5) Mês 5: Data da retirada:_/_____/_____ Quantidade: _____
6) Mês 6: Data da retirada:_/_____/ _____Quantidade: _____