



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pollyana Bortholazzi Gouvea

**Fatores relacionados à adesão a Terapia Antirretroviral entre mulheres com HIV  
atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil**

Florianópolis

2020

Pollyana Bortholazzi Gouvea

**Fatores relacionados à adesão a Terapia Antirretroviral entre mulheres com HIV  
atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil**

Tese submetida ao Programa de Pós Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do título de doutor em Enfermagem.  
Orientador: Prof. Betina Hörner Schlindwein Meirelles,  
Dra.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gouvea, Pollyana Bortholazzi  
Fatores relacionados a adesão a Terapia Antirretroviral  
entre mulheres com HIV atendidas na Rede de Atenção à Saúde  
de um município prioritário do Sul do Brasil / Pollyana  
Bortholazzi Gouvea ; orientador, Betina Hörner Schlindwein  
Meirelles, 2020.  
235 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Adesão. 4. Terapia  
Antirretroviral. 5. Saúde da Mulher. I. Meirelles, Betina  
Hörner Schlindwein . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.  
Título.

Pollyana Bortholazzi Gouvea

**Fatores relacionados à adesão a Terapia Antirretroviral entre mulheres com HIV atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Denise M.G. Vieira da Silva  
Membro, Dr.(a)  
Instituição Universidade Federal de Florianópolis

Prof.(a) Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr.(a)  
Instituição Universidade Federal de Florianópolis

Prof.(a) Renata Karina Reis, Dr.(a)  
Instituição Universidade de São Paulo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Betina Horner Schlindwein Meirelles, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2020.

*Dedico este trabalho ao meu esposo, Guilherme, e ao meu filho, Bernardo. Vocês são a força que me motiva a buscar sempre o meu melhor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Cursar o doutorado, sem dúvidas, é um momento muito intenso na vida de qualquer pessoa, são quatro anos de muito estudo, muita pesquisa, muita dedicação.... também são quatro anos de muitas parcerias, amizades, choros, risadas, apreensão e, principalmente, conquistas! São muitos os agradecimentos a se fazer, coloco aqui, aqueles que se tornaram especiais:

### **À Deus**

Primeiramente agradeço a Deus, por tudo que tenho em minha vida, principalmente pelo meu bem mais precioso, meu Bernardo! Sou grata por tudo!

### **Ao meu amado esposo e nossa família**

Agradeço também ao meu esposo, Guilherme, por todo incentivo nesta jornada, por me fazer acreditar que é possível, por me dar forças para seguir em frente. Te amo, mais que ontem, menos que amanhã!

Agradeço as minhas companheiras da madrugada, Bella e Clarinha, minhas filhas de quatro patas que se fazem tão presentes na minha vida, sou uma pessoa muito melhor por ter vocês!

### **A minha orientadora**

Agradeço a minha querida orientadora, Betina, por todo os ensinamentos, por todo apoio, por estar sempre presente. Você é, sem dúvidas, um exemplo de profissional para mim, um modelo que quero levar para toda vida! Obrigada por tudo!

### **Aos meus colegas de trabalho**

Agradeço, também, meus colegas de trabalho, em especial, Rosangela, Maria Denise, por sempre me apoiarem, por participarem de todos os momentos durante essa jornada. Ao meu amigo querido, Adriano, pela companhia nas indas e vindas até a UFSC, por sempre me ouvir, me ajudar e estar sempre presente. A Rita, por me incentivar sempre, pelo companheirismo durante as aulas, você é um modelo de profissional para mim! .... vocês acompanharam de perto todo esse processo e torceram por mim! Vocês são especiais!

### **Aos amigos especiais**

A minha ex aluna que se tornou uma grande amiga, Yngrid, você é um exemplo de ser humano, nunca será demais agradecer por todo apoio que você me dá... com certeza você torna meus dias mais que especiais!

As minhas bolsistas, Juliana e Taís, que me ajudaram na coleta de dados dessa pesquisa, assim como as minhas alunas tão especiais, Suzana e Gabriela que auxiliaram o quanto puderam na coleta de dados. Sem vocês todo esse trabalho teria sido muito mais difícil. Gratidão!

**Aos membros da banca**

Agradeço também aos membros da banca, Profa. Denise M.G. Vieira da Silva, Profa. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos e Profa. Renata Karina Reis por compartilharem todo o conhecimento de vocês, pelas pertinentes considerações desde o projeto de pesquisa. Vocês são exemplos de profissionais que levarei para sempre comigo.

**Aos participantes da pesquisa**

As mulheres e profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, a essência desse trabalho são vocês!

Muito Obrigada!



*“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.”*

*(Aristóteles)*



## RESUMO

**Introdução:** Estudos apontam que as mulheres são mais vulneráveis às adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais. **Objetivo:** Analisar e compreender os fatores relacionados à adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva atendidas em um município prioritário do Sul do Brasil. **Metodologia:** Trata de pesquisa de métodos mistos, na qual se utilizou a estratégia explanatória sequencial. O momento quantitativo foi um estudo transversal do qual fizeram parte 112 mulheres com HIV. Utilizou-se o instrumento CEAT-VIH validado que mensura a adesão a terapia antirretroviral e um instrumento construído pelos pesquisadores que caracteriza fatores relacionados a adesão. Os dados foram analisados a luz da estatística descritiva e inferencial. No momento qualitativo, adotou-se a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Além das mulheres com HIV, foram incluídos profissionais que prestam atendimento a essas mulheres. A coleta e análise dos dados seguiram a vertente Straussiana do método. A pesquisa foi aprovada sob o parecer nº 2.899.706. **Resultados:** Das 112 mulheres, a média de idade foi de 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ). A maioria (89%) foi infectada por relação sexual e o tempo médio de diagnóstico foi de 122 meses. Em relação ao grau de adesão à TARV, 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%). Já em relação a classificação como aderentes ou não, apenas 6,3% foram consideradas aderentes. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre aquelas mulheres que trabalham e aquelas que não trabalham, entre as que já interromperam o tratamento pelo menos uma vez e as que nunca interromperam, entre o número de comprimidos ingeridos/dia, consumo de bebidas alcoólicas e comparecimento a última consulta com infectologista. Na etapa qualitativa, participaram 42 pessoas, sendo 31 profissionais de saúde e 11 mulheres com HIV. A análise permitiu emergir o fenômeno “Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV, os serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento” que foi sustentado pelas categorias “Defrontando o momento do diagnóstico”; “Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV”; “Significando a escolha pelos Serviços de Saúde e Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV”; “Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento” e respectivas subcategorias. As mulheres com HIV tiveram valores de adesão inferiores a estudos nacionais e internacionais que usaram o mesmo instrumento para mensuração. A integração de dados quantitativos e qualitativos permitiu a identificação de associações que ampliaram o cerne da discussão em relação aos aspectos relacionados aos fatores que podem influenciar na adesão a TARV. **Conclusões:** Na abordagem quantitativa identificou-se que o percentual de mulheres não aderentes ao tratamento foi superior aos encontrados na literatura nacional e internacional, ainda, houve associações estatisticamente significativas. No estudo qualitativo evidenciou que a articulação entre as ações dos serviços de saúde, em especial a Atenção Básica e o Serviço Especializado, repercutem em ações promotoras no processo de adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** HIV. Terapia Antirretroviral. Adesão. Saúde da Mulher. Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Studies indicate that women are more vulnerable to adversities related to adherence to antiretrovirals. **Objective:** To analyze and understand the factors related to adherence to antiretroviral therapy in women with HIV in the reproductive phase seen in a priority municipality in southern Brazil. **Methodology:** It deals with research of mixed methods, in which the sequential explanatory strategy was used. The quantitative moment was a cross-sectional study of 112 women with HIV. The validated CEAT-HIV instrument was used to measure adherence to antiretroviral therapy and an instrument constructed by researchers that characterizes factors related to adherence. The data were analyzed in the light of descriptive and inferential statistics. At the qualitative moment, the Grounded Theory was adopted as a methodological framework. In addition to women with HIV, professionals who provide care to these women were included. Data collection and analysis followed the Straussian approach to the method. The survey was approved under opinion No. 2,899,706. **Results:** Of the 112 women, the average age was 34 years old (SD: + 7.8). The majority (89%) were infected through sexual intercourse and the average time of diagnosis was 122 months. Regarding the degree of adherence to ART, 1 had a poor adherence level (0.9%), 39 had an adequate level (34.8%) and 72 had a strict level (64.3%). Regarding the classification as adherent or not, only 6.3% were considered adherent. Statistically significant differences were found for the degree of adherence between those women who work and those who do not work, between those who have already stopped treatment at least once and those who never interrupted, between the number of pills taken / day, consumption of drinks alcoholic beverages and attending the last consultation with an infectologist. In the qualitative stage, 42 people participated, being 31 health professionals and 11 women with HIV. The analysis allowed for the emergence of the phenomenon "Revealing the dynamics of relations between women with HIV, health services and the process of adhering to treatment", which was supported by the categories "Facing the moment of diagnosis"; "Perceiving services as executors of care for women with HIV"; "Signifying the choice for Health Services and Revealing actions that promote adherence to ART from the perspective of professionals and women with HIV"; "Being resilient to live with HIV and adhere to treatment" and its subcategories. Women with HIV had lower adherence values to national and international studies that used the same instrument for measurement. The integration of quantitative and qualitative data allowed the identification of associations that expanded the core of the discussion in relation to aspects related to factors that may influence adherence to ART. **Conclusions:** In the quantitative approach, it was identified that the percentage of women who did not adhere to the treatment was higher than those found in the national and international literature, yet there were statistically significant associations. In the qualitative study, it was evidenced that the articulation between the actions of the health services, especially the Primary Care and the Specialized Service, have repercussions in promoting actions in the treatment adherence process.

**Keywords:** HIV. Antiretroviral Therapy. Adherence. Women's Health. Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma para delineamento da pesquisa Explanatória Sequencial. ....	47
Figura 2: Apresentação da pesquisa desenvolvida com métodos mistos. ....	49
Figura 4: Fluxograma para formação dos grupos amostrais. ....	61
Figura 5: Fluxograma da coleta de dados qualitativos orientada pela TFD. ....	62
Figura 6: Diagrama do processo de análise dos dados. ....	66
Figura 7: Representação gráfica do modelo paradigmático ....	94
Figura 8: Representação da integração dos resultados ....	197

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Organização das variáveis de estudo.....	53
Quadro 2: Exemplo de Memorando 1 .....	65
Quadro 3: Exemplo de Memorando 2 .....	65
Quadro 4: Organização das categorias e subcategorias.....	66
Quadro 5: Manuscritos da tese. ....	69
Quadro 6: Perfil dos participantes do grupo 01 e 02. ....	89
Quadro 7: Perfil dos participantes do grupo 03.....	90

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das participantes em relação às características sócio demográficas (idade, raça, trabalho, estudo, situação conjugal, renda).....	71
Tabela 2: Distribuição das participantes quanto as variáveis clínicas (forma de contaminação, tempo de diagnóstico, carga viral e contagem de células TCD4+. ....	72
Tabela 3: Distribuição das classes de ARV prescritas por paciente.....	73
Tabela 4: Distribuição das participantes quanto a presença e tipo de alterações no exame citológico de colo de útero, associados a contagem média de carga viral e linfócitos TCD4+. ....	74
Tabela 5: Distribuição das participantes em relação ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas. ....	74
Tabela 6: Distribuição das participantes em relação a interação com os serviços de saúde. ...	75
Tabela 7: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 entre os fatores sócio-demográficos.....	79
Tabela 8: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 para os fatores clínicos.....	82
Tabela 9: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 entre os fatores comportamentais.....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

ARV - Antirretroviral

CEAT – VIH - *Cuestionario para La Evaluación de Lá Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*

HIV – Virus da Imunodeficiência Humana

CEREDI – Centro de Referência em Doenças Infecciosas.

ITRN - Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina, zalcitabina, zidovudina, zidovudina + lamivudina);

ITRNN - inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (delavirdina, efavirenz, nevirapina);

IP - Inibidores de protease (amprenavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, ritonavir + lopinavir, saquinavir);

OMS – Organização Mundial da Saúde

NUCRON - Laboratório de Pesquisas e Tecnologias no Cuidado em Enfermagem e Saúde às pessoas com Doenças Crônicas.

PVHIV – Pessoas que convivem com HIV

SAE – Serviço de Assistência Especializada

TARV – Terapia Antirretroviral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNAIDS - *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a Aids

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A SAÚDE DA MULHER ESPECÍFICAS PARA MANEJO DO HIV/AIDS E OUTRAS IST .....	30
3.2. ADESÃO A TARV .....	33
<b>3.2.1. Adesão a TARV no contexto da saúde da mulher .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.2 Formas de mensurar adesão a TARV .....</b>	<b>40</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>43</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	47
5.2 CENÁRIOS DA PESQUISA .....	50
5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	51
5.4 MOMENTO QUANTITATIVO .....	51
<b>5.4.1. População e amostra.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.2. Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.3 Variáveis da pesquisa .....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.4. Coleta dos dados .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4.5. Análise dos dados.....</b>	<b>57</b>
5.5. MOMENTO QUALITATIVO .....	57
<b>5.5.1. Processo de amostragem teórica .....</b>	<b>58</b>
<b>5.5.3 Análise dos Dados .....</b>	<b>62</b>
5.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	68
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS .....	70

<b>6.1.1 Caracterização dos participantes quanto as variáveis sócio demográficas, clínicas e comportamentais .....</b>	<b>70</b>
<b>6.1.2 Adesão a TARV e seus fatores relacionados .....</b>	<b>78</b>
<b>6.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS .....</b>	<b>89</b>
<b>6.2.1 Caracterização dos participantes .....</b>	<b>89</b>
<b>6.2.2 Construção do modelo paradigmático.....</b>	<b>90</b>
<b>6.3 CATEGORIA: DEFRONTANDO O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>95</b>
<b>6.3 CATEGORIA: PERCEBENDO OS SERVIÇOS COMO EXECUTORES DO CUIDADO A MULHERES COM HIV .....</b>	<b>97</b>
<b>6.3.1 Enfrentando as fragilidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV .....</b>	<b>98</b>
<b>6.3.2 Identificando as potencialidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV .....</b>	<b>103</b>
<b>6.4 CATEGORIA: SIGNIFICANDO A ESCOLHA POR QUAL SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURAR.....</b>	<b>106</b>
<b>6.4.1 Revelando os motivos de escolha pela Atenção Primária sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV .....</b>	<b>106</b>
<b>6.4.2 Revelando os motivos de escolha pelo Serviço Especializado sob a ótica de profissionais e pacientes .....</b>	<b>109</b>
<b>6.5 CATEGORIA: REVELANDO AÇÕES PROMOTORAS DA ADESÃO A TARV SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E MULHERES COM HIV .....</b>	<b>112</b>
<b>6.5.1 A integração entre os serviços como estratégia para manter as mulheres aderentes ao tratamento .....</b>	<b>113</b>
<b>6.6 CATEGORIA: SENDO RESILIENTE PARA CONVIVER COM O HIV E ADERIR AO TRATAMENTO.....</b>	<b>117</b>
<b>6.6.1 Identificando o processo de aceitação do diagnóstico para aprender a conviver com o HIV .....</b>	<b>117</b>
<b>6.6.2 Superando os desafios: do abandono e o retorno ao tratamento .....</b>	<b>120</b>
<b>6.6.2 Revelando o papel dos profissionais de saúde no processo de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.....</b>	<b>124</b>
<b>6.7 ARTICULAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS E SUA RELAÇÃO COM A CATEGORIA CENTRAL: “REVELANDO A DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE MULHERES COM HIV E SERVIÇOS DE SAÚDE NO PROCESSO DE ADESÃO AO TRATAMENTO” ....</b>	<b>127</b>

<b>7 MANUSCRITO 1 – FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS A ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM MULHERES COM HIV EM FASE REPRODUTIVA .....</b>	<b>130</b>
<b>8 MANUSCRITO 2 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS A ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NAS MULHERES COM HIV EM FASE REPRODUTIVA .....</b>	<b>149</b>
<b>9 MANUSCRITO 3 - ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE MULHERES EM FASE REPRODUTIVA E FATORES ASSOCIADOS: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS .....</b>	<b>165</b>
<b>10 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA PESQUISA .....</b>	<b>196</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>198</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>201</b>
<b>APENDICE A - Questionário informações relacionadas às variáveis sócio demográficas e de características comportamentais.....</b>	<b>213</b>
<b>APENDICE B - Questionário informações relacionadas às variáveis Clínicas (consulta ao prontuário).....</b>	<b>217</b>
<b>APENDICE C - Roteiro para entrevista profissionais de saúde – Serviço Especializado... ..</b>	<b>219</b>
<b>APENDICE D - Roteiro para entrevista profissionais de saúde – Atenção Básica.....</b>	<b>220</b>
<b>APENDICE E - Roteiro para entrevista mulheres com HIV .....</b>	<b>221</b>
<b>APENDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA).....</b>	<b>223</b>
<b>APENDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – CEREDI E UBS).....</b>	<b>226</b>
<b>ANEXO A - <i>Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH)</i> .....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>230</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) evoluiu como um grande problema de saúde pública mundial, com repercussões sociais e econômicas, assumindo proporções pandêmicas até os dias atuais, devido a sua rápida disseminação, agravamento e impossibilidade de cura (UNAIDS, 2017<sup>a</sup>).

Segundo dados epidemiológicos internacionais, até o fim de 2018, existiam 37,9 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo, das quais 36,2 milhões eram adultos, sendo que mais da metade (51%) dos casos eram entre pessoas do sexo feminino (UNAIDS, 2019). Só em 2015, mais de 1 milhão de meninas e mulheres foram infectadas pelo HIV em todo mundo e, dentre estas, 25% tinham idade entre 15 e 24 anos (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Uma outra característica que chama a atenção é que apesar dos indicadores de novas contaminações por HIV diminuírem anualmente em todo mundo, a menor taxa (2%) de diminuição do número de novas contaminações, está concentrada entre as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), correspondendo a um total de 5,2 milhões de mulheres em 2015 (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Já no Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43 941 novos casos de HIV e 37 161 novos casos de Aids. E, até junho de 2019, existiam 966.058 mil pessoas convivendo com o HIV/aids, com maior concentração dos casos notificados nas regiões sudeste e sul, correspondendo a 45,6% e 20,1% do total de casos respectivamente (BRASIL, 2019).

No que tange a diferenciação por sexo, a realidade nacional se contrapõe a mundial, visto que o maior número de notificações se concentra prioritariamente entre a população masculina, correspondendo a aproximadamente 69% do número de registros no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, com uma razão de sexo, para 2018, equivalente a 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2019).

No entanto, ao analisar os dados relacionados a população feminina, observa-se que mais de 80% do total de notificações registradas nos últimos 10 anos (2008 a 2018) são entre mulheres na fase reprodutiva (BRASIL, 2019).

Embora os dados relacionados a contaminação ainda sejam significativos, observou-se ao longo dos últimos anos o aumento da expectativa de vida e diminuição do número de casos relacionados a transmissão da doença, dados justificados pela implantação de ações e estratégias de controle e combate à epidemia (UNAIDS, 2014).

No Brasil, por exemplo, parte destes resultados significativamente positivos está relacionado ao acesso universal e gratuito à Terapia Antirretroviral (TARV) desde 1996, além de, em 2013, nosso país dar um passo de vanguarda no combate a aids, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início imediato da TARV para todas as pessoas com HIV, independente da contagem de linfócitos CD 4 (REZENDE, 2010; BRASIL, 2013).

A implementação desta nova estratégia foi reconhecida como uma importante medida de saúde pública para controle da transmissão do HIV. Entretanto, as tendências apontadas trazem novos desafios as políticas públicas, pois apesar dos avanços nas ações de prevenção e acesso a terapêutica, ainda não existem perspectivas de cura. Desta forma, a aids passou a ser caracterizada como uma doença crônica, exigindo dos profissionais da área da saúde atitudes que promovam junto às pessoas que vivem com esta doença oportunidades de enfrentamento dos problemas de saúde relacionados a diversos aspectos, incluindo a qualidade de vida a partir da sua personalidade e do contexto social e familiar ao qual está inserido (CARVALHO, 2008; FAPESP, 2012; JACQUES *et al.*, 2015).

Neste contexto, o cuidado passa a ser objeto de atenção das equipes de saúde, em especial o cuidado às mulheres, uma vez que são necessárias estratégias que facilitem o acesso aos serviços, promovam adesão ao tratamento e garantam melhor qualidade de vida, reconhecendo a complexidade da vida da maioria dessas mulheres e colocando-as no centro de todos os esforços para criação de espaços que propiciem a execução do cuidado de forma qualificada, resultando no melhor controle do HIV, pois em situações de alta prevalência, as mulheres permanecem com um risco elevado de infecção pelo HIV (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Desta forma, o cuidado efetivo deve estar organizado de forma que atenda as reais necessidades dessas mulheres. Sob este foco, Cecílio (2011) discorre que o mesmo pode estar pautado em diversas dimensões, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Neste momento, serão abordadas as dimensões profissional, organizacional e sistêmica.

Entende-se que a dimensão profissional do cuidado está relacionada ao produto da interação entre profissionais e usuários e é regida por três elementos principais, a competência técnica do profissional, a postura ética do profissional e a capacidade de construir vínculos com os sujeitos que necessitam de cuidados (CECÍLIO, 2011).

Em seguida, a dimensão organizacional do cuidado é caracterizada pela divisão social do trabalho, composta por elementos-chaves como o trabalho em equipe, atividades de coordenação, comunicação e gestão do cuidado propriamente dita, sustentada pela adoção de protocolos únicos, definição de fluxos, planejamento das ações, dentre outros (CECÍLIO, 2011).

Ainda, para a dimensão sistêmica do cuidado relaciona-se a construção de conexões formais, regulamentadas entre os serviços de saúde, denominadas “redes” ou “linhas de cuidado”, com o intuito de promover a integralidade da atenção à saúde por meio da articulação entre as ações dos usuários dos serviços, trabalhadores e gestores da rede. Este movimento é complexo e marcado pela multiplicidade de atores envolvidos, exigindo dos profissionais uma gestão sistêmica do cuidado em saúde (CECÍLIO, 2011).

Logo, é necessária a compreensão de que o desenho das linhas de cuidado deve se dar de forma sistêmica, entendendo a produção da saúde como uma rede constituída de processos dinâmicos (MERHY; CECÍLIO, 2003), no qual a Atenção Primária a Saúde (APS) passa a ser a ordenadora do cuidado pois esta ocupa a posição de centralidade no estabelecimento das redes (OMS, 2008) e desta forma permite que o acesso a assistência à saúde seja promovido de maneira equitativa, garantindo a integralidade a partir do atendimento das necessidades de cada cidadão (OPAS, 2011).

Essas novas perspectivas de cuidados se atrelaram a necessidade de atendimento das necessidades de saúde de forma articulada e ordenada e para tal, instituíram o atendimento em rede cujo foco consiste em horizontalizar os serviços, independente da densidade tecnológica dos mesmos para que interajam de forma articulada, a partir de uma organização logística, permitindo o acesso ao sistema de saúde de forma mais ágil e direcionada às necessidades de cada sujeito, garantindo a integralidade do cuidado por meio da integração dos sistemas.

Assim, entende-se que o modelo em rede permite a estratificação das populações e subpopulações por riscos, focos de intervenção no sistema, tipos de intervenções sanitárias, “definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade” (BRASIL, 2010).

Sob esta lógica, o modelo de atenção à saúde em rede, além de permitir a realização do cuidado de forma qualificada, possibilitando as soluções efetivas para os problemas de saúde

dos sujeitos, também torna cada um dos serviços disponíveis pontos essenciais para o cuidado integral (MALTA; MERHY, 2010; CARNEIRO, 2013).

Esta organização logística tendo a APS como ponto central da rede, define-a como principal porta de entrada ao sistema e permite o acesso aos demais níveis de atenção à saúde por meio de linhas de cuidado estruturadas, ou seja, linhas que expressam ações e fluxos assistenciais que devem ser realizados nos diferentes pontos, ou seja, com o intuito de dar sentido a toda a organização da rede, as linhas de cuidado surgem como agente direcionador previamente estruturado que determinam o caminho a ser percorrido. Assim, entende-se que as linhas de cuidado são responsáveis pelo desenho do itinerário terapêutico de cada paciente.

Contudo, alguns autores destacam que, mesmo a APS tendo papel importante na ordenação do cuidado, esta não deve ser tarefa exclusiva apenas deste serviço (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

Críticos ao pensamento da APS como única ordenadora da rede de atenção (CECÍLIO *et al.*, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2010) ressaltam a necessidade de uma melhor compreensão das formas como se dão os processos de coordenação do cuidado, uma vez que este deveria ser um atributo organizacional, garantido por meio da continuidade do cuidado a partir da perspectiva do usuário. Obviamente estes autores não minimizam a importância da APS, mas reforçam que mesmo tendo-a como porta de entrada aos serviços, é necessária uma compreensão sistêmica das organizações dos serviços de saúde para que a articulação entre os diversos pontos da rede sejam efetivas para a prestação de serviços centrados no alcance de objetivos comuns (BOUSQUATI *et al.*, 2017).

Assim, na tentativa de otimizar a ordenação do cuidado em saúde, associados aos recursos disponíveis, tecnologias vêm sendo construídas com o intuito de sistematizar ações que promovam o sucesso terapêutico, articulando os diversos pontos de atenção da rede por meio de linhas de cuidado consistentes e eficazes.

A Portaria nº 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005), define tecnologias de saúde como os “medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.”

Desta forma, permite-se utilizar de diversas tecnologias como ferramentas do processo de trabalho, de modo que se adequem as necessidades dos sujeitos, promovendo ações e serviços mais efetivos, incluindo a construção/organização das linhas de cuidado.

Assim, ao se fazer uma alusão acerca das tecnologias de saúde sob a ótica da organização das linhas de cuidado, possibilita-se a realização da gestão do cuidado, com vistas a garantia de uma melhor qualidade de vida e bem estar individual, familiar e social. (CECÍLIO, 2011).

Para melhor entendimento, define-se linha de cuidado como o desenho do caminho percorrido pelo usuário na rede, podendo ser sistematizada por meio de fluxograma e/ou diagrama que expresse de forma precisa a dinâmica de atendimento (BRASIL, 2014). É importante esclarecer, também, que linhas de cuidado são distintas dos processos de referência e contra referência uma vez que não funciona somente por meio de protocolos estabelecidos, mas também pela pactuação de fluxos que reorganizam o processo de trabalho, facilitando o caminho dos usuários da rede (FRANCO, FRANCO, 2012).

Corroborando a temática, o Ministério da Saúde, lançou em 2015 um caderno de orientações para a construção e implementação das linhas de cuidado às PVHIV. Este caderno está organizado em cinco passos<sup>1</sup> para estruturação dos fluxos de atendimento sob os diversos níveis de complexidade assistencial disponíveis na rede cujas ações estão sistematizadas de forma matricial com vistas a promoção da saúde, prevenção, vigilância e assistência (BRASIL, 2017).

Ainda, para implementação destes fluxos de atendimento, todo o processo deve ser construído “garantindo o respeito, não discriminação e não estigmatização em relação a essas pessoas, além da confidencialidade e sigilo de suas informações” (BRASIL, 2014, p. 9).

Sob esta lógica e a partir da compreensão de que o cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV/aids é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, entende-se que as práticas do cuidar na enfermagem devem seguir a mesma orientação do cuidado em rede, ou seja, devem ser estruturadas a partir do acesso universal, seguindo os princípios da longitudinalidade e da integralidade do cuidado (ROCHA *et al.*, 2012).

---

<sup>1</sup> Os cinco passos são descritos da seguinte forma: 1) Diagnóstico Situacional; 2) Reestruturar a rede de atenção à pessoa vivendo com HIV; 3) Elaborar o Plano Local de Educação Permanente em Saúde; 4) Desenhar as linhas de cuidado; 5) Submeter a proposta à aprovação dos Conselhos de Saúde.

Os profissionais de saúde, sejam enfermeiros ou não, precisam compreender que este cuidado articulado é um fenômeno complexo, carregado de singularidades que podem impactar tanto positiva quanto negativamente na execução das ações voltadas a manutenção da saúde no contexto do HIV, pois um dos grandes desafios ao enfrentamento do HIV/aids está em garantir a integralidade das ações nestes serviços de saúde, principalmente na APS (VAL DO, 2012).

Adentrando na esfera do cuidado no HIV, especificamente no âmbito da adesão a TARV, inúmeros são os fatores que podem interferir no sucesso da terapêutica. Estudos apontam que idade, gênero, religião, escolaridade, situação conjugal, dentre outros, impactam diretamente na adesão a TARV (SILVA, 2013; PEREIRA, ALBUQUERQUE, SANTOS, LIMA, SALDANHA, 2012; SCAMARDI, MACHADO, FREITAS, MAIA MIYZAKI, 2013; FELIX, CEOLIM, 2012).

Desta forma, o desenvolvimento das estratégias de atenção à saúde articuladas entre os profissionais dos diversos serviços, podem tornar-se um instrumento bastante eficaz no processo saúde doença desses sujeitos, uma vez que esta parcela da população necessita continuamente de atendimento nos serviços e o estabelecimento de um fluxo a ser seguido se faz imprescindível para garantir a integralidade do cuidado desses usuários.

Somando a definição dada por lei sobre o princípio da integralidade, pode-se dizer que o cuidado na perspectiva da integralidade visa o atendimento ampliado das necessidades dos sujeitos, superando o modelo hegemônico centrado nas queixas e nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (MATTOS, 2009).

A integralidade na APS deve ser permeada por práticas de saúde horizontais que remetam ao cuidado qualificado e possibilitem uma melhor aproximação entre as práticas profissionais e as soluções que os sujeitos almejam encontrar para seus problemas (CARNEIRO, 2013).

O que se nota na atualidade são inúmeros programas, protocolos, diretrizes portarias produzidos pelo Ministério da Saúde com vistas ao melhor manejo dos agravos que possuem maior incidência na população brasileira. Dentro deste contexto, cada um desses materiais se foca em ações ou áreas ou abordagens específicas, o que por vezes parece descaracterizar o significado de “ser humano integral” e seu consequente cuidado integral.

Especificando melhor, o que se observa, por exemplo, são programas exclusivos para Doenças Crônicas não Transmissíveis, programas voltados especificamente a saúde da mulher em cada fase e seu ciclo de vida, ou programas direcionados a atendimento a crianças conforme

faixa etária específica e assim sucessivamente, até que, quando analisados friamente, parecem não atender todas as demandas bio-psico-sócio-espirituais que envolvem o processo de viver humano.

E é neste contexto que surgem questionamentos acerca desta abordagem integral a pessoa com HIV/aids, pois o que se observa é uma fragmentação das ações, tornando frágil a efetivação e gestão do cuidado integral. E esta fragmentação me motiva a buscar respostas, pois tenho observado continuamente que os cuidados de saúde desta parcela da população, com vistas ao cuidado integral, são minimamente atendidos.

Mais estritamente, do ponto de vista da saúde da mulher, nota-se expansivas ações no controle e combate ao câncer de mama e câncer de colo uterino. Este último tem relação direta com a contaminação por HPV, a qual se dá por meio de contato sexual desprotegido. Logo, uma mulher suscetível ao HPV também está totalmente vulnerável a infecção pelo HIV, no entanto, não se observa ou pouco se observa essa associação durante as campanhas ou durante as consultas ginecológicas, por exemplo.

Ainda, sob a lógica da prevenção do câncer de colo uterino, as mulheres que vivem com o HIV têm risco quatro a cinco vezes maior de desenvolver câncer cervical, uma vez que infecções causadas pelo HPV são mais difíceis de serem controladas em indivíduos imunodeprimidos. Entre as mulheres que vivem com HIV, as taxas de prevalência de HPV podem chegar a níveis tão altos quanto 80% na Zâmbia e 90-100% em Uganda (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Pesquisa demonstrou que o intervalo de progressão do HPV, em mulheres infectadas pelo HIV foi de 3,2 anos, enquanto que as mulheres não infectadas pelo HIV, esse intervalo foi de 15,7 anos, sugerindo, assim, a implementação de medidas de prevenção específicas a esta parcela da população (GALVÃO *et al.*, 2010).

Ainda, diversos estudos identificaram uma prevalência do HPV entre 15% a 17% entre as mulheres soropositivas (FARIA *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2016).

No que tange as coinfeções por outras IST, estudos indicam associação significativa entre HIV e demais ISTs, pois tem-se encontrado nas pesquisas um número elevado de casos de mulheres reagentes para sífilis com exames positivos tanto para HIV e Hepatite C, evidenciando maior risco de transmissão do HIV em relações com a presença de outras IST (SILVA *et al.*, 2017; MAFRA, 2016).

Contudo, o maior enfoque nas IST, incluindo o HIV, centra-se durante o pré-natal, pois neste momento são realizados protocolarmente testes rápidos para sífilis, hepatites virais e HIV, tendo como um dos intuitos principais a não contaminação dos bebês seja durante a gestação, parto ou amamentação.

Vilela e Barbosa (2017) sustentam as alíneas acima ao discorrerem que a não priorização das mulheres no cenário epidemiológico brasileiro, restringem as ações de identificação de novos casos de HIV apenas as gestantes, limitando o acesso das não grávidas a diagnose e tratamento imediato.

No que tange a oferta de medicamentos e adesão ao tratamento, identifica-se que a cobertura do tratamento é maior entre as mulheres (52% [48-57%]) do que os homens (41% [33-49%]), resultando em uma redução das mortes relacionadas à Aids, desde 2010, maior entre as mulheres adultas (33% de diminuição) em comparação com homens adultos (uma redução de 15%). No entanto, os dados epidemiológicos vão ao encontro das informações já expostas acima, pois evidenciam que a cobertura é maior e mais efetiva entre as mulheres grávidas, ao passo que os esforços ainda não conseguem atingir mulheres jovens e mais velhas que não estão grávidas (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Estudos reforçam que as mulheres são mais vulneráveis as adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais, devido aos estigmas e restrito apoio social a que estão sujeitas, justificando, assim, a necessidade de maior atenção as mulheres em fase reprodutiva e em baixa adesão ao tratamento visto que essas possibilitam maior contaminação tanto por via sexual quanto por transmissão vertical (SPIERS *et al.*, 2016; CHAMMA *et al.*, 2016)

Além do mais, a adequada adesão ao tratamento está diretamente relacionada a diminuição da transmissão do HIV, pois quando a carga viral se apresenta indetectável, menores são as chances de propagação do vírus, incluindo a melhora do estado imunológico e evitando a ocorrência de coinfeções (BELZER *et al.*, 2014; RIGHETTO, REIS, REINATO, GIR, 2014; PEDROSA *et al.*, 2017).

Desde março de 2015 tenho atuado como docente no curso de graduação em Enfermagem, na área de saúde coletiva e na área de Gestão dos Serviços de Saúde, pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em Santa Catarina. Tendo como um dos campos de estágio o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do município, destinado ao atendimento a este perfil de pessoas, além dos Serviços de Vigilância Epidemiológica e

Unidades Básicas de Saúde (UBS), cuja população apresenta alta incidência e vulnerabilidade a infecção pelo HIV.

As observações nos cenários de prática demonstraram a importância de desenvolver uma investigação acerca do cuidado realizado as mulheres com HIV tendo em vista o fortalecimento da adesão ao tratamento e em especial as mulheres em fase reprodutiva, visto que existe uma demanda emergente para ordenação deste cuidado, pois a propagação da infecção pelo HIV ainda permanece com *status* de epidemia, a qual está associada a múltiplos determinantes do processo saúde e doença e esta parcela da população se encontra particularmente exposta.

De acordo com dados do UNAIDS (2017)<sup>b</sup>, a cada 04 minutos três jovens mulheres são infectadas pelo HIV no mundo e fatores como idade, etnia, desigualdades de gênero, deficiência, orientação sexual e profissão influenciam na capacidade de autoproteção dessas mulheres contra o HIV.

Estes dados reforçam a ideia sobre a importância dos serviços de saúde na criação e manejo de estratégias para enfrentamento do HIV específicas para mulheres, principalmente com ações centradas na adesão ao tratamento, considerando que elas desempenham papéis múltiplos e sobrepostos em suas famílias e comunidades e, à medida que se movem através de seus ciclos de vida, esses papéis se combinam e convergem (UNAIDS, 2017)<sup>b</sup>.

O que também se percebe na literatura é que a relação com os profissionais de saúde (satisfação acerca do cuidado recebido), associada a presença de uma equipe multidisciplinar (ênfase para a qualidade da relação terapêutica) e facilidade de acesso aos serviços (menor distância do local de consulta, existência de farmácias especializadas) são facilitadores da adesão (BONOLO, 2007; CARVALHO, 2019).

Ainda, as vivências como doutoranda do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), possibilitou-me a identificação de lacunas do conhecimento quanto aos Fatores relacionados à adesão a TARV das pessoas que convivem com HIV (PVHIV), em especial as mulheres, surgindo, assim, o interesse em investigar acerca desta temática.

Desta forma, o presente estudo teve como questões de pesquisa:

- 1- Quais os Fatores relacionados à adesão à TARV nas mulheres com HIV em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do sul do Brasil?

2- Como o cuidado realizado pelos profissionais de diferentes serviços de saúde às mulheres com HIV interfere na adesão ao tratamento a TARV?

A busca por respostas, leva a elaboração da seguinte tese:

**Existem fatores sócio demográficos, clínicos e comportamentais que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral nas mulheres com HIV. Além disso, a relação estabelecida entre as mulheres com HIV, os serviços de saúde e seus profissionais pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente na adesão a Terapia Antirretroviral.**

**Desta forma, a identificação da adesão dessas mulheres e a melhor compreensão dos processos que envolvem os cuidados prestados a elas podem permitir a promoção de uma assistência qualificada que busque atender as demandas exigidas por essas mulheres.**

## **2 OBJETIVOS**

1 – Analisar os fatores que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil;

2 – Compreender como o cuidado realizado pelos profissionais de diferentes serviços de saúde às mulheres com HIV interfere na adesão a Terapia Antirretroviral.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa, a qual é definida como um tipo de revisão que se constitui na análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (BERNARDO *et al.*, 2004).

A construção desta revisão foi feita por meio de busca realizada de forma sistemática 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 online nos bancos de teses e dissertações, além de publicações advindas dos institutos de pesquisa nacionais e internacionais.

Para melhor entendimento, esta revisão será dividida em tópicos, os quais serão especificados, mais adiante, a seguir.

#### 3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A SAÚDE DA MULHER ESPECÍFICAS PARA MANEJO DO HIV/AIDS E OUTRAS IST

No Brasil, as mulheres constituem a maior porcentagem da população, sendo o quantitativo de 105.996.973 mulheres, 103.189.829 homens, em um universo de 208.186.802 habitantes (IBGE, 2018).

Durante o desenvolvimento das políticas públicas destinada a população feminina, o conceito de e atenção à saúde voltado a saúde da mulher vêm se transformando (SANTOS, 2015). E, desde a criação da Lei n. 8080/90, os princípios de universalidade, equidade, integralidade, buscaram atender as necessidades sociais de saúde, pautando-se sob o pilar da assistência integral nos diferentes níveis de complexidade do sistema. E é neste contexto que a evolução da atenção à saúde das mulheres vem se transformando pelos movimentos sociais durante o desenvolvimento destas políticas públicas (BRASIL,1990; SANTOS, 2015).

Neste sentido, umas das políticas públicas criadas direcionada a saúde da mulher, foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, buscando a melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, no combate ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual, ao qual o SUS obtém como responsabilidade estar capacitado para realizar a promoção de saúde perante as necessidades da população feminina, controle de patologias prevalentes garantindo seu direito à saúde (BRASIL, 2011).

Esta nova política foi um marco na abordagem de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, propondo soluções para os problemas de saúde relacionado a mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Com os princípios e diretrizes desta nova proposta, o PAISM se tornou a principal política pública voltada às mulheres em sua integralidade, discutindo com diversos segmentos da sociedade a preocupação em adotar medidas eficazes para reduzir os índices de morbidade e mortalidade, principalmente por causas preveníveis e estáveis (SANTOS, 2015; BRASIL, 2004).

Esta nova dinâmica, fortaleceu avanços nos direitos a saúde, em que se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS, fazendo com que a mulher passe a ser vista como um sujeito biopsicossocial, garantindo um atendimento das suas necessidades reais e potencializando a qualidade da assistência (SANTOS, 2015; BRASIL, 2004).

Corroborando a proposta, o Ministério da saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, devido a necessidade de uma maior atenção a gestante, recém-nascido e puérperas, objetivando, também, a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal por meio de medidas que assegurem a melhoria ao acesso, qualidade ao acompanhamento pré-natal e assistência ao parto (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Ainda, somando-se a outras estratégias importantes já existentes à assistência obstétrica foi implementada a Rede Cegonha para atender a mulher integralmente assegurando um atendimento digno de qualidade, humanizado, seguro e em consonância com as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Essas políticas, até então, centraram-se no ciclo gravídico puerperal da mulher, deixando à parte outras fases importantes que compreendem todo o seu ciclo de vida e assim, na perspectiva de promover melhorias das condições de vida da mulheres, garantindo-lhes direitos de acesso aos serviços e ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação a saúde, foi construído um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) a partir dos resultados da I Conferência Nacional para as Mulheres. Esta nova política, reafirmou o comprometimento do governo federal com a incorporação da perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas, reconhecendo e enfrentando as desigualdades entre homens e mulheres no contexto do projeto político, sendo elaborada a partir do Decreto Presidencial em 2004, estruturado na busca de atuação da autonomia, igualdade no mundo do trabalho, educação inclusiva, saúde, direitos sexuais e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2013; SANTOS, 2015).

Logo, a PNPM permitiu que preocupações como o tráfico de mulheres, violência doméstica e sexual, doenças sexualmente transmissíveis passassem a ter suas discussões

ampliadas através de ações documentadas dentro da política nacional a fim de instrumentalizar os profissionais e usuários de todo território brasileiro (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, foram elaborados diversos programas relacionados a saúde da mulher e, dentre as ações desenvolvidas pela PNAISM, uma delas foi enfatizar a prevenção e tratamento de mulheres com HIV/aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico (SANTOS, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, a epidemia de HIV/Aids é vista como um dos maiores problemas de saúde pública das últimas décadas, sendo necessário iniciativas de políticas públicas para a organização da sociedade civil. Classificada como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) que atualmente passou a ser denominada por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em virtude da possibilidade de o indivíduo ter e transmitir uma infecção sem manifestar sinais e sintomas gerados pelo vírus, sendo conhecidas como doenças venéreas que pode ser transmitida por contato sexual sem o uso de camisinhas, transmissão vertical, ou amamentação (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (2013) estima que mais de um milhão de pessoas contraem uma IST diariamente, ao qual a cada ano, 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Porém, identifica-se que 530 milhões de pessoas estão contaminadas com o vírus do herpes genital, e que mais de 290 milhões de mulheres estão infectadas pelo HPV. Ainda, de acordo com o boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), no período de 2007 a junho de 2017, foram notificados no SINAN 131.969 (67,9%) casos de HIV em homens, e 62.198 (31,1%) em mulheres.

Dentre os diversos danos que ocorrem à saúde, ocasionados pelas IST, referindo-se especificamente ao HIV, os mais graves tendem a ocorrer em mulheres e recém-nascidos, pois as complicações incluem doenças inflamatórias pélvicas que gera infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, aumentando o risco de mortalidade materna associado a câncer de colo de uterino devido a alguns subtipos de HPV, correlacionado com a imunodeficiência promovida pelo HIV. Ainda, referente a complicações em recém-nascidos encontra-se a sífilis congênita, infecção por gonococo, clamídia e hepatite B, ao qual a sífilis materna tem se destacado estimando-se de aproximadamente 116.000 gestantes com sífilis e cerca de 29.000 crianças com sífilis congênita (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Desta forma, as IST apresentam-se como um desafio social a ser considerado, uma vez que as soluções para a superação destas patologias no contexto de vulnerabilidade que a mulher está inserida, devem ser pautadas em ações concreta que assegurem o acesso aos métodos de prevenção disponíveis pelo SUS, e em caso de exposição lhes seja garantida uma assistência de

qualidade. Nesta direção, identifica-se a necessidade de conhecer quem são estas mulheres e suas características culturais, sociais, econômicas e comportamentais, a fim de apreender como essas dimensões se articulam influenciando no crescimento da epidemia nas mulheres (BRASIL, 2015).

Para tanto, torna-se preciso reconhecer as especificidades regionais e culturais referente a cuidado com o corpo, sexualidade em relação ao adoecimento e suas consequências sociais para entender a complexidade dinâmica da epidemia e estabelecer uma fundamentação para as ações preventivas e terapêuticas que fortaleçam a atenção básica no cuidado a mulher, ampliando e qualificando a atenção na rede de saúde (BRASIL, 2015).

### 3.2. ADESÃO A TARV

Embora a adequada adesão gere efeitos positivos e significativos nos resultados do tratamento, quase 50% dos pacientes com doenças crônicas não aderem às diretrizes médicas. 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).

Assim, e, considerando que adesão é 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 (NEUPANE, DHUNGANA, GHIMIRE, 2019), percebe-se que “ser aderente” a algo pode ser desafiador.

Sob esta lógica, a adesão à TARV também pode ser desafiadora, principalmente na ausência de ambientes de apoio para PVHIV, somados a presença de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Ainda, estudos demonstram que os fatores relacionados à medicação podem incluir efeitos adversos e a complexidade dos regimes posológicos. Além disso, os fatores do sistema de saúde, incluindo a distância dos serviços de saúde, longos tempos de espera para receber atendimento, recebimento de apenas 1 mês de medicamentos, falta de farmácias e o ônus dos custos diretos e indiretos do atendimento também interferem diretamente na adesão (WHO, 2016).

Assim, a baixa adesão pode ocasionar o fracasso do regime terapêutico e à disseminação de formas de vírus resistentes a vários medicamentos, podendo ocasionar uma calamidade na saúde pública (NEUPANE, DHUNGANA, GHIMIRE, 2019; WHO, 2016)

Para a UNAIDS, somente ocorrerá o controle da epidemia, quando todos que necessitarem do tratamento tiverem acesso a terapia antirretroviral. Diante desta prerrogativa, estabeleceu-se a meta tríplice “95 – 95 – 95” cujo objetivo é que, até 2030, 95% dos soropositivos conheçam sua condição, que 95% deles recebam tratamento, e que 95% dos mesmos suprimam sua carga viral e desta forma, alcancemos a erradicação da Aids (UNAIDS, 2016).

Nesse sentido, compreende-se a terapia antirretroviral (TARV), como um método de tratamento para infecções por retrovírus, através de fármacos que ofereçam a melhorar a atenção a saúde às pessoas que convivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (UNAIDS, 2014).

Na tentativa de otimizar o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV, o Ministério da Saúde do Brasil implantou a política nacional de distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais (PADOIN *et al.*, 2013).

Nesta direção, identificou-se que por meio destas políticas, o número de morbidade e mortalidade para as Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) diminuíram consideravelmente, reduzindo o número de internações hospitalares e aumentando a expectativa de vida, ou seja, além da TARV diminuir a morbimortalidade, também garante o aumento da expectativa de vida, fazendo com que o perfil da doença se modificasse gradativamente no país, passando de intervenções paliativas para intervenções de controle de doença crônica estável (PICELLI ; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

Desta forma, pode-se considerar que a TARV foi um dos grandes sucessos terapêutico, pois gerou uma influência significativa nas condições clínicas e biológicas para PVHIV. Contudo, em indivíduos assintomáticos que possuam a contagem elevada de Linfócitos T-CD4+ (LTCD4+), a replicação do vírus e a ativação imune crônica são associados ao desenvolvimento de doenças não tradicionais relacionada ao HIV, justificando o início do tratamento precoce, ao qual aumenta a probabilidade de atingir níveis elevados de LTCD4+, mantendo uma contagem indetectável da carga viral em que proporciona uma expectativa de vida para PVHIV semelhante à da população em geral (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar, que o Brasil foi um dos primeiros países que implementou esta distribuição universal do medicamento, gerando resultados positivos, ao qual superou a visão de uma doença que trazia a morte. Porém, para garantir a eficácia deste tratamento, torna-se

importante definir o momento adequado para iniciar a terapia, levando em consideração os riscos que envolve a infecção não tratada e/ou a exposição prolongada aos medicamentos (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica, as evidências apresentadas por diferentes estudos, asseguram que quanto mais precoce o início do tratamento, mais benefícios o paciente terá. Corroborando com esta afirmação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que qualquer pessoa infectada com o HIV deve-se iniciar o logo o tratamento após o diagnóstico (WHO, 2015).

Apesar de incentivar a TARV precocemente para paciente assintomáticos, não se deve coagir as PVHIV a iniciar o tratamento. No entanto, é preciso que o mesmo seja orientado quanto aos benefícios do tratamento precoce, estimulando e preparando o usuário para a terapia. Já para PVHIV sintomático, o uso da TARV precisa ser realizado imediatamente independente da contagem de LTCD4+ (BRASIL, 2015).

Mesmo diante da facilidade de acesso ao tratamento e melhora na qualidade de vida das PVHIV, uma boa adesão é fundamental para a eficácia terapêutica, devendo-se obter uma taxa de adesão esperada de 100%. Entretanto, sabe-se que a complexidade do manejo adequado da TARV e os efeitos do uso prolongado dos medicamentos influenciam na efetivação da adesão a TARV (GHIDEI *et al.*, 2013).

Nesse sentido, adesão significa consentir e cumprir às recomendações profissionais referentes ao uso do medicamento e outro procedimento. Porém, segundo o Ministério da saúde (2015) a adesão transpassa os procedimentos médicos, envolvendo a necessidade de comparecimento em consulta com uma equipe multidisciplinar, realização de exames, retirada de medicamento e ingesta dos fármacos em quantidade e horário previstos. Assim, para uma adesão efetiva, é preciso a articulação entre o acesso à TARV, disponibilidade de acesso aos profissionais e exames, acompanhamento clínico, condições socioeconômicas, rede de apoio, e diversas adequações cotidianas da PVHIV ao seu projeto terapêutico (SILVA, 2013).

Desta forma, a adesão compreende uma abordagem complexa e integral que se utiliza fatores clínicos, sociais e comportamentais, sob um processo colaborativo e compartilhado para facilitar a integração do regime terapêutico no cotidiano da pessoa em tratamento, buscando promover a autonomia e responsabilização de sua saúde, tornando-se, assim, um dos maiores desafios na atenção às PVHIV por requerer uma necessidade de mudança no comportamento (BRASIL, 2015).

Conforme Romeu *et al.* (2012), a taxa média de adesão apresentada pela literatura é calculada em 50%, ao passo que os estudos indicam a eficácia do tratamento expresso pela

supressão da carga viral através do seguimento do esquema medicamentoso em igual ou superior de 95% das doses prescrita, ou seja, a má adesão resulta na falência terapêutica, depleção clínica das PVHIV em virtude dos baixos níveis de LTCD4+, levando à maior progressão da Aids e conseqüente maior transmissibilidade, aparecimento de infecções oportunistas, além do desperdício de investimento em desenvolvimento de drogas (LI *et al.*, 2014; FONSECA *et al.*, 2012; FELIX, CEOLIM, 2012).

Nesse sentido, várias intervenções foram encontradas na literatura, com vistas a melhorar a adesão, sendo as recomendadas pela OMS: aconselhamento, mensagens de texto e dispositivos de lembrete (KANTERS *et al.*, 2016; WHO, 2016). No entanto, permanece a necessidade de entender a importância dos fatores que podem se tornam barreiras à adesão, a fim de informar o direcionamento de diferentes intervenções e informar futuras pesquisas (SHUBBER, 2016).

Nesse sentido, dentre as ações não farmacológica, também existem fatores ligados ao estilo de vida da PVHIV que influenciam na eficácia da adesão à TARV, devendo ser levados em considerações para buscar intervenções positivas para a promoção da adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Dentre estes fatores encontra-se de uso de álcool e substância psicoativa, sendo um dos principais comportamentos de risco para a não adesão e descontinuidade do tratamento, pois estas substâncias interferem na efetividade do medicamento e no suporte social (que auxilia na promoção da qualidade de vida buscando boas condições à saúde das PVHIV). Além do uso de álcool e outras substancias, encontramos outros fatores descritos na literatura que também relacionam-se diretamente a adesão e não adesão a TARV, sendo eles: idade, dificuldade a utilização de esquemas terapêuticos complexos; sexo, ao qual percebe-se que a maior adesão medicamentosa é maior em homens do que entre mulheres,; situação conjugal, cujas pessoas solteiras tendem a aderir menos a TARV que casados; geografia, pois se identificou que as menores taxas de adesão estão em locais interioranos; religião, que pode ser positiva promovendo o bem estar, ou negativa que prometem a cura desestimulando a realização do tratamento; escolaridade, que repercute no diálogo entre o profissional e a PVHIV; e pôr fim a renda que contribui para em um melhor resultado de qualidade de vida (COSTA, 2018; SILVA, 2013).

Corroborando ao exposto, revisão sistemática sobre esse tema apontou que as barreiras mais frequentemente relatadas para a adesão de adultos, adolescentes e crianças são esquecimento, viagens, mudança de rotina, toxicidade dos medicamentos, depressão, dentre outras (SHUBBER *et al.*, 2016).

Desta forma, percebe-se apesar dos benefícios oferecido pela TARV existem inúmeros fatores que influenciam na adesão ao tratamento, sendo preciso elaborações de estratégias que atendam a necessidade do indivíduo (PADOIN *et al.*, 2013). Nesse sentido, Silva, Reis, Nogueira, Gir (2014) ainda destacam que a relação entre adesão e qualidade de vida é diretamente proporcional, pois o uso regular dos antirretrovirais permite a melhora do sistema imunológico, controle de carga viral e consequente retardo da progressão para aids.

### **3.2.1. Adesão a TARV no contexto da saúde da mulher**

Ao longo dos anos, rapidamente a epidemia da aids deixou de ser restrita a grupos de risco específicos e passou a assombrar o cotidiano de toda a população e, neste cenário, observou-se um movimento epidemiológico caracterizado pela feminilização da aids, parte deste processo pode ser justificado pela dificuldade que muitas mulheres têm em relação ao uso de preservativos, principalmente quando se encontram em relações ditas estáveis e/ou monogâmicas, pois, para muitas pessoas (homens e mulheres) a exigência do preservativo para fins não contraceptivos, remete a questões muito mais complexas, como a quebra de confiança entre o casal, rotulação da mulher devido a demonstração de “iniciativa” no âmbito sexual, levando até mesmo a criação de diferenciações entre as “mulheres de casa” e as “mulheres da rua” (SANTOS *et al.*, 2011; GIACOMOZZI, CAMARGO, 2004; SILVA, VARGENS, 2009; SILVA, LOPES, VARGENS, 2010).

Corroborando ao exposto, percebe-se que a mulher, na maioria das vezes, assume uma multiplicidade de papéis (mãe/esposa/filha/dona de casa/trabalhadora) o que a leva a postergar o cuidado com a própria saúde e, dentre esses cuidados, podemos considerar tanto a prevenção para HIV e demais IST, como também a adesão ao esquema terapêutico quando já diagnosticada (FELIX, CEOLIM, 2012; GIACOMOZZI, CAMARGO, 2004).

Estudo que mensurou o grau de adesão a TARV em um município do interior de São Paulo/Brasil, identificou que dentre os participantes com grau de adesão boa/estrita, a maioria eram mulheres (FORESTO *et al.*, 2017). No entanto, Felix & Ceolim (2012) apresentaram dados significativos no que tange a adesão a TARV por mulheres, pois 55% das entrevistadas alegaram ter abandonado o tratamento em algum momento, justificando o abandono em decorrência de depressão, dificuldades em suportar o tratamento, esquecimento de tomar os medicamentos e, ainda, todas que relataram abandono do tratamento também apresentaram piora do estado de saúde após abandono. Os pesquisadores, ainda observaram que, o número de vezes de situações relacionadas ao abandono do tratamento registradas nos prontuários, foi

superior ao número de vezes que as entrevistadas relataram ter abandonado o uso da medicação durante as entrevistas, podendo levar a reflexão que informar/aceitar/admitir o abandono do tratamento também não é fácil para essas mulheres.

Embora não haja consenso, sabe-se que no contexto da adesão muitos elementos influenciam o comportamento dos pacientes, sendo que a relação sexo-gênero desempenha um papel fundamental na determinação da maneira pela qual ambos os sexos explicam e vivem o diagnóstico infecção pelo HIV (BELMAR, STUARDO, 2017; HERRERA, CAMPERO, 2008).

Nas mulheres, questões como passividade e subordinação foram apontadas como influenciadoras no comportamento de adesão. Nesse sentido, há de se destacar que essa posição de subordinação varia dependendo dos outros fatores (classe, etnia, idade etc.), ainda, outros estudos também têm demonstrado que a não adesão à TARV em mulheres estaria relacionada ao medo de discriminação, divulgação de seu diagnóstico e menor provisão de redes de apoio HIV (BELMAR, STUARDO, 2017; MHODE, 2016).

Para Reis *et al.* (2010) quanto maior a frequência de sintomas psicopatológicos menor o nível de adesão ao tratamento. Logo, manter níveis satisfatórios de adesão das PVHIV é primordial para uma melhor qualidade de vida (GUERRA; SEIDL, 2010; MARTINS; MARTINS, 2011; BELINI *et al.*, 2015). Nesse sentido, a literatura aponta que a adesão à medicação entre mulheres que convivem com HIV pode ser um desafio, dadas estas circunstâncias de suas vidas e seus sentimentos sobre si mesmos (TYER-VIOLA *et al.*, 2013).

Estudo norte americano realizado com 450 mulheres soropositivas de diferentes idades e etnias identificou que a relação entre o contexto, o ambiente e outros fatores regulatórios psicológicos estiveram fortemente ligados a adesão à medicação. Ainda, este mesmo estudo observou que a criação de intervenções, especificamente adaptadas para as mulheres, podem melhorar todo o processo relacionado a adesão, de modo que ao abordar as questões relacionadas ao tratamento se leve em consideração a complexidade dos fatores e variáveis que envolvem a vida da mulher, como por exemplo, segurança, inclusão no planejamento, oportunidades para a autodeterminação, a provisão de e serviços de suporte, e vários outros assuntos relacionados mulheres vivendo com HIV (TYER-VIOLA *et al.* , 2013; CARTER *et al.*, 2013).

Sob esta lógica, Tyler-Viola (2013) apontou que os serviços centrados na comunicação, familiar, sensibilidade cultural e coordenação foram melhor fornecidos por enfermeiros, uma vez que enfermeiros foram os que mais permitiram a criação de uma atmosfera de segurança, respeito e aceitação, levando a criação de melhores resultados para os pacientes, em virtude da inclusão destes como parte da experiência de tratamento.

Logo, partindo deste princípio de que a adesão aos antirretrovirais é um comportamento imprescindível para o controle da doença, os profissionais de saúde devem considerar a baixa adesão um motivo de preocupação e, por isso devem reconhecer que a não adesão deve ser trabalhada junto ao sujeito, implementando estratégias que venham potencializar a adesão ao tratamento, dentre as estratégias, a avaliação periódica do tratamento deve ser incentivada a toda equipe multiprofissional responsável pelos cuidados destes pacientes, permitindo uma maior compreensão dos problemas que permeiam os sucessos e insucessos da adesão (REMOR, OGLIARE, SAKAE, GALATO, 2017; MARTINS; MARTINS, 2011).

Pesquisa realizada por Araújo e Loureiro (2019) identificou que, para as mulheres com HIV, o conceito de adesão ainda é restrito ao uso de medicamentos diariamente no horário prescrito. Porém, conforme os autores é necessário considerar que adesão no contexto da saúde da mulher deve ser algo mais abrangente, que envolva os aspectos biopsicossociais e permita decisões compartilhadas entre a pessoa que vive com HIV e a equipe que lhes presta atendimento, pois apesar das mulheres associarem a adesão a tomada de medicamentos, a maioria não a faz como deveria, levando ao entendimento de que o fato de conhecerem o significado não implica em melhor adesão e sim o fato de assumirem um comportamento aderente ao tratamento.

Nesse sentido, a compreensão que a mulher tem sobre a sua doença e tratamento está diretamente relacionada a adesão, no entanto isto só é alcançado quando ela recebe informações de qualidade. Desta forma, cabe aos profissionais prover meios de facilitar a retenção do conhecimento dessas mulheres e construir estratégias que contribuam para a tomada de decisão, mudança de atitude e comportamento. Ainda, os autores ressaltam que esses resultados são alcançados a partir do momento em que se estabelece um claro vínculo entre profissionais-pacientes (COUTINHO, O'DWYER, FROSSARD, 2018).

Logo, a relação estabelecida entre profissionais de saúde e mulheres com HIV é de suma importância para o processo de adesão, sendo esta relação representada como um instrumento terapêutico, sendo imprescindível a atenção dos profissionais quanto as demandas dessas mulheres, mantendo a escuta ativa e boa comunicação em todos os momentos que elas procurarem os serviços de saúde (ARAÚJO, LOUREIRO, 2019).

Por fim, percebe-se que a realidade de conviver com HIV é ímpar para cada mulher, na qual cada uma tem uma opinião sobre todo o tratamento e entende o processo de adesão de diferentes maneiras, pois suas vivências particulares influenciam em todo esse comportamento (ARAÚJO, LOUREIRO, 2019).

### 3.2.2 Formas de mensurar adesão a TARV

Existem diferentes abordagens para medir a adesão à medicação e cada método tendo pontos fortes e fracos. Comumente tem-se como medidas clínicas da adesão, a carga viral e a contagem de células LTCD4+. Porém, como esses exames não são realizados frequentemente, não se pode afirmar que os pacientes estão sendo aderentes a todo momento. Em contrapartida, a mensuração da adesão por meio de autorrelatos pode acabar superestimada em alguns momentos (MEKURIA, 2016).

Os resultados de revisão sistemática 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  $\geq 64\%$  a 100%. Contudo, as definições mais comuns utilizadas para adesão ideal foram superiores a 95% e 100% das doses prescritas (COSTA *et al.*, 2018).

Descobertas recentes indicam que as concentrações de medicamentos antirretrovirais nos cabelos e nas manchas de sangue seco são duas novas medidas farmacológicas de adesão e exposição cumulativas a medicamentos que foram recentemente avaliadas no tratamento do HIV e na profilaxia pré-exposição. Nesta direção, o monitoramento da aderência em tempo real usando dispositivos eletrônicos também se mostrou altamente informativo, viável e bem aceito, oferecendo a possibilidade de uma intervenção imediata quando a não aderência for detectada. Desta forma, ambas as abordagens passaram a oferecer vantagens consideráveis sobre as medidas tradicionais de adesão (CASTILLO-MANCILLA, HABERER, 2018).

No que se refere as medidas tradicionais, verificou-se na literatura que as formas mais comuns de mensurar a adesão foram por meio de entrevistas estruturadas que utilizaram instrumentos de autorrelato, ou a combinação do autorrelato do paciente e contagem de comprimidos e o sistema de monitoramento de eventos de medicamentos (MEMS) (COSTA *et al.*, 2018). Ainda, sobre os instrumentos, verificou-se que dentre os padronizados/validados, os mais utilizados para medir a adesão autorreferida foram o instrumento de adesão ao AIDS Clinical Trials Group (ACTG) (CHESNEY *et al.*, 2000); o CAT - VIH - Tratado de Adesão ao Tratamento 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, 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).

Na esfera dos medicamentos antirretrovirais, Dagli-Hernandez *et al.* (2016) discorrem melhores resultados de adesão quando associados a regimes terapêuticos mais poderosos, como inibidores de protease (IP) inibidores de transcriptase reversa não nucleosídica. Para tanto, recomenda-se avaliar a adesão à farmacoterapia por dois métodos (POLEJACK, 2010) os quais podem ser diretos (monitorando a concentração plasmática da droga ou de seus metabólitos), que tendem a ser mais precisos, porém caros; ou indiretos (auto-relato por meio de questionários, contagem de comprimidos, reabastecimento de medicamentos) e mais baratos, mas requerem mais tempo e tendem a ser menos precisos.

Sustentando as alíneas acima, um ensaio clínico conduzido por MEKURIA *et al.* (2016) buscou avaliar qual método de mensuração da adesão seria o mais confiável e os resultados de sua pesquisa demonstraram que o autorrelato registrou medidas de adesão com menor sensibilidade, mas com maior especificidade e Valor Preditivo Positivo. Enquanto, as medidas de adesão a partir da retirada do medicamento da farmácia apresentaram maior sensibilidade e Valor Preditivo Negativo, mas menor especificidade e Valor Preditivo Positivo no maior valor de corte (ou seja, 100%). Curiosamente, todas as três medidas de adesão foram significativamente associadas à carga viral detectável nas análises de regressão logística bivariada.

Ainda, o autor supracitado sugere que clínicos e pesquisadores possam continuar usando perguntas de autorrelato, associados as medições de adesão por controle de retirada medicamentos da farmácia, sempre associando um ou outro ou ambos a carga viral (MEKURIA, 2016).

Assim, considerando que a adesão à terapia é uma parte importante do tratamento e que o monitoramento da adesão do paciente é essencial para garantir a máxima eficácia da farmacoterapia, torna-se importante a escolha de um bom método para avaliar a adesão (DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016). 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 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, 2015).

Desta forma, ao se adotar o recomendado pela literatura e unir dois métodos para avaliar a eficácia da terapia, o primeiro seria a carga viral, associado a aplicação de um instrumento por auto relato (DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016). E, sob esta perspectiva, verificou-se que

a autopercepção do paciente, avaliada pelo CEAT-VIH, foi a que melhor refletiu adesão quando comparada a outros parâmetros, uma vez que, diferentemente do autorrelato, a autopercepção do paciente não depende de uma memória quantitativa, mas de uma memória qualitativa: os pacientes classificam quão aderentes eles acreditam que são sem precisar se lembrar de eventos específicos, que podem se tornar um parâmetro de avaliação mais preciso (REMOR, 2007; DAGLI-HERNANDEZ, 2016).

Além disso, o CEAT-VIH não apenas permite que os pacientes avaliem e repensem sua adesão, mas também permite que os profissionais de saúde identifiquem outros fatores possivelmente relacionados à baixa adesão, como problemas relacionados a medicamentos e eventos adversos, tornando os profissionais aptos a propor intervenções antes de investigar parâmetros clínicos (REMOR, 2007). Ademais, o monitoramento da adesão pela autopercepção do paciente pode ser realizado durante o aconselhamento em saúde por equipes multidisciplinares, tornando-se um processo interativo e bidirecional que permite identificar os motivos da não adesão, podendo melhorar o conhecimento do paciente sobre a terapia e as consequências da não adesão; portanto, o paciente estará mais disposto a aderir (DAGLI-HERNANDES, 2016).

O CEAT-VIH tem sido utilizado para uma variedade de indivíduos de diferentes idades, sexo, origens socioeconômicas e educacionais. Tem sido uma ferramenta confiável e válida para medir a adesão ao tratamento do HIV entre diferentes amostras e tem sido usada com uma ampla gama de populações e países de estudo (ou seja, Brasil, Chile, Colômbia, México, Panamá, Peru, Portugal, Porto Rico, Romênia e Espanha) (REMOR, 2013).

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando o tema abordado neste estudo e a necessidade de qualificar a investigação a partir de uma base sólida, optou-se pela utilização do referencial teórico pautado no Pensamento Complexo, cuja figura de destaque nesta teoria é Edgard Morin.

De origem francesa e judaica, Edgard Morin passou a ser nominado como o “filósofo da Complexidade” e se tornou um importante pensador no século XX e XXI. Graduado em Direito, História e Geografia, Edgar Morin também sofreu influência da filosofia, da sociologia e epistemologia e até mesmo, dos ideais comunistas durante o período em que foi filiado ao partido comunista (MORIN, 2015).

O autor possui mais de trinta livros escritos e traduzidos em vários idiomas, mas foi sua obra “O método”, dividida em seis volumes, que o consagrou como expoente do pensamento complexo (MORIN, 2015). Ainda, obras como “Cabeça bem feita”, “Introdução ao pensamento complexo”, “Ciência com consciência”, “A Religação dos saberes” e “Os sete saberes necessários para a educação do futuro” (MORIN, 2001; CARVALHO; MENDONÇA, 2003; MORIN 2010a; MORIN, 2010b; MORIN, 2011a; MORIN, 2011b; MORIN, 2015) são referência no meio acadêmico e científico, tanto que o pensamento complexo vem sustentando diversas teses de doutorado no campo da Pesquisa em Enfermagem (MEIRELLES, 2003; LANZONI, 2013; KLOCK, 2014, COSTA, 2017).

O autor discorre que a questão da complexidade não deve estar atrelada apenas a progressos científicos, mas deve-se busca-la principalmente onde ela se aparece ausente, como na vida cotidiana (MORIN, 2015).

A palavra “complexus”, em sua gênese, significa algo que é construído em conjunto e que ao final se torna uma única coisa, entrelaçada como a trama de um tecido, formando assim a unidade da complexidade (MORIN, 2008a). Nesse sentido, Morin define que o complexo é aquilo que não se resume ou que não se reduz a uma ideia simples (MORIN, 2008b). Desta forma, a lógica da complexidade envolve o pensamento multidimensional que se forma a partir de três reorganizações de ideias. Este processo de reorganização é denominado pelo próprio autor como “reorganização genética ou reorganizações cognitivas e existenciais” (MORIN, 2013).

De forma sucinta, explica-se a primeira reorganização como aquela que surge a partir da necessidade de integrar contradições e dúvidas, a fim de comunicar verdades isoladas. Já a segunda, voltou-se para a antropologia sistematizada sob a lógica da complexidade e a terceira,

que sofreu forte influência da teoria dos sistemas e da cibernética, orientou para a elaboração concreta do método do pensamento complexo (FERREIRA; GALLO, 2010; MORIN, 2013).

Sob esta lógica, o pensamento passa a ser produto de um constructo sistêmico cuja compreensão está pautada no entendimento de que as partes estão no todo e o todo está em cada parte, logo, não se pode simplesmente reduzir o todo às partes, nem fazer meras interrelações. Essa concepção sistêmica permite extrapolar o pensamento para além do que é posto, envolvendo a complexidade que envolve essas relações (MORIN, 2008).

Nessa perspectiva, a complexidade busca considerar as várias razões para a existência de um objeto, não voltando sua atenção na busca por explicações que envolvam somente alguns aspectos do objeto. Esta forma de ver e pensar por vezes ocasiona mais incertezas do que certezas uma vez que permite reconhecer os fenômenos de forma multidimensional, tratando realidades distintas ao mesmo tempo em que diferencia a unicidade de cada uma delas (MORIN, 2008).

Na tentativa de substituir os pensamentos reducionistas, Morin (2015) desvela sete princípios que nos permite embasar a construção de pensamentos que envolvam toda a complexidade das relações, são eles:

1. O princípio sistêmico ou organizacional – liga as partes ao conhecimento do todo, de modo que a soma das partes não se diminui a soma do todo.
2. O princípio holográfico – Relaciona-se ao paradoxo da complexidade (cada célula é uma parte de um todo, mas também o todo está na parte);
3. O princípio do circuito retroativo – permite o conhecimento dos processos autorregulados, quebrando a barreira da causalidade uma vez que a causa age sobre o efeito e vice e versa.
4. O princípio do circuito recursivo – os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura. Assim, entende-se que cada situação/indivíduo é ao mesmo tempo, produto e produtor.

Nesse sentido, podemos pensar na recursão como um processo espiral, de desenvolvimento humano e organizacional, em que os processos grupais se autoproduzem e se auto-organizam, num movimento explícito-implícito, objetivo-subjetivo, fazer-ser (MORIN, 2015), assim como acontece nas relações entre mulheres com HIV e profissionais de saúde.

5. O Princípio da autonomia/dependência – os seres vivos são seres auto- organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua

autonomia, ou seja, todo sistema existe dentro de uma dinâmica própria, porém ele somente se sustenta devido à uma relação de dependência com o entorno.

6. O Princípio dialógico – a dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contrárias para conceber um mesmo fenômeno complexo, ou seja, este princípio nos remete a ideia de Ordem/Desordem/Organização, o que nos leva a entender que para produzir fenômenos organizados, por vezes a desorganização em um primeiro momento é necessária, pois mesmo sendo agentes antagonistas, ordem e desordem podem ao mesmo tempo se suprimirem ou produzirem a organização, conseqüentemente a complexidade.

7. O Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento – todo conhecimento é uma reconstrução feita por uma mente, em uma determinada cultura e determinada época (MORIN, 2011).

Corroborando ao exposto, o entendimento de que o pensamento complexo permite a superação do pensamento simplificador, determinista e mecânico do mundo é premissa para a utilização da incerteza como modo de compreender a organização. Esta superação do pensamento simplificado finda a ideia de fragmentação entre sujeito e objeto e conseqüentemente a construção do conhecimento fragmentado e descontextualizado (MORIN, 2008a). Desta forma, buscar na Complexidade a compreensão de fenômenos nos abre espaço para compreensão do todo, pois consideramos suas múltiplas dimensões (MORIN, 2013).

Essa lógica complexa vai de encontro à ciência clássica, visto que para Morin (2010b), o desenvolvimento científico envolveu aspectos considerados negativos, tais como a divisão da ciência em disciplinas, estas cada vez mais superespecializadas que acarretam na fragmentação do saber, o que leva o saber científico a deixar de ser refletido e pensado por pessoas e passar a ser interpretado por meios manipuladores, decorrentes de um acumulado de banco de dados.

Contrapondo a ideia da ciência clássica, a ciência moderna se apodera das contradições e entende que ideias divergentes podem compor um mesmo fenômeno (MORIN, 2010a; MORIN, 2010b). Contudo, o avanço no conhecimento sob esta perspectiva só acontece quando o observador se inclui na observação, de uma forma autocrítica, auto reflexiva e é neste momento que o princípio da simplificação (separação-redução) passa a não suprir as necessidades fomentadas por aquele novo saber, emergindo assim, o princípio da complexidade (MORIN, 2010b).

Ainda sobre a construção do saber científico, o autor sustenta que a construção de teorias não devem ser produto da objetividade, uma vez que a mesma não é reflexo da realidade e sim uma construção mental que nos permite responder questões lançadas a nossa realidade.

Portanto, “uma teoria se fundamenta em dados objetivos, mas uma teoria não é objetiva em si mesma” (MORIN, 2010b, p.40).

Desta forma, o pensar sob a perspectiva da complexidade, une, contextualiza, integra e separa os fenômenos e/ou o contexto, permitindo uma interpretação mais aprofundada daquilo que está posto, ampliando as formas de refletir sobre a realidade/verdade, englobando histórias, saberes e práticas num contexto multidimensional (MORIN, 2010a; MORIN, 2011b).

A partir do entendimento de que a complexidade necessita de uma estratégia e que o pensamento complexo não resolve o problema, mas se constitui uma ajuda à estratégia para que se possa resolvê-lo, propondo uma ação mais rica e menos mutiladora (MORIN, 2015), compreende-se a importância deste referencial teórico para a compreensão do objeto desta pesquisa.

Diante deste cenário, acredita-se que o pensamento complexo nos alicerça na compreensão e construção do referencial teórico deste estudo, uma vez que, ao pensar no cuidado em saúde sob a lógica da organização dos cuidados para as mulheres com HIV, concebemos que este é um fenômeno complexo haja vista as relações, valores, sentimentos, cultura, crenças e significados que abarcam esta construção e também dão vida a todo o processo terapêutico (dentre eles a adesão) dessas mulheres, objeto deste estudo.

Logo, ao utilizar a Teoria da Complexidade como instrumento para edificação deste estudo, acreditamos que nos foi possibilitado uma melhor investigação, contribuindo para a maior compreensão das múltiplas dimensões do cuidado que envolve as mulheres com HIV.

### 3 METODOLOGIA

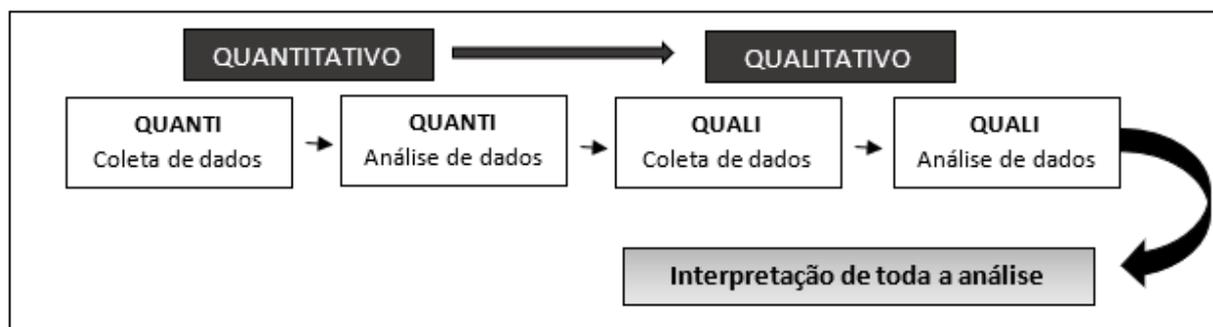
Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento desta pesquisa.

#### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, a qual é definida pela combinação das abordagens quanti e qualitativa o que possibilita maior compreensão do objeto a ser pesquisado. Segundo Creswell (2013), neste tipo de pesquisa, o pesquisador coleta e analisa de modo rigoroso os dados quantitativos e qualitativos; integra as duas formas de dados, seja de forma concomitante ou sequencial; dá prioridade a ambas ou a uma das formas de dados; usa esses procedimentos em um único estudo ou em diversas fases de um programa de estudo; estrutura os procedimentos a partir de constructos teóricos e filosóficos. Ainda, para utilização desta metodologia, os autores definem que é necessário que o pesquisador considere quatro aspectos importantes durante o planejamento dos procedimentos: o nível de interação entre os elementos (quantitativos e qualitativos); a prioridade relativa dos elementos; o momento certo de aplicação; e, os procedimentos para mistura dos elementos (integração).

Para tanto, nesta pesquisa utilizou-se a estratégia explanatória sequencial, organizada primeiramente pela coleta de dados quantitativos, seguida pela coleta de dados qualitativos (CRESWELL, 2010), conforme fluxograma a seguir:

Figura 1: Fluxograma para delineamento da pesquisa Explanatória Sequencial.



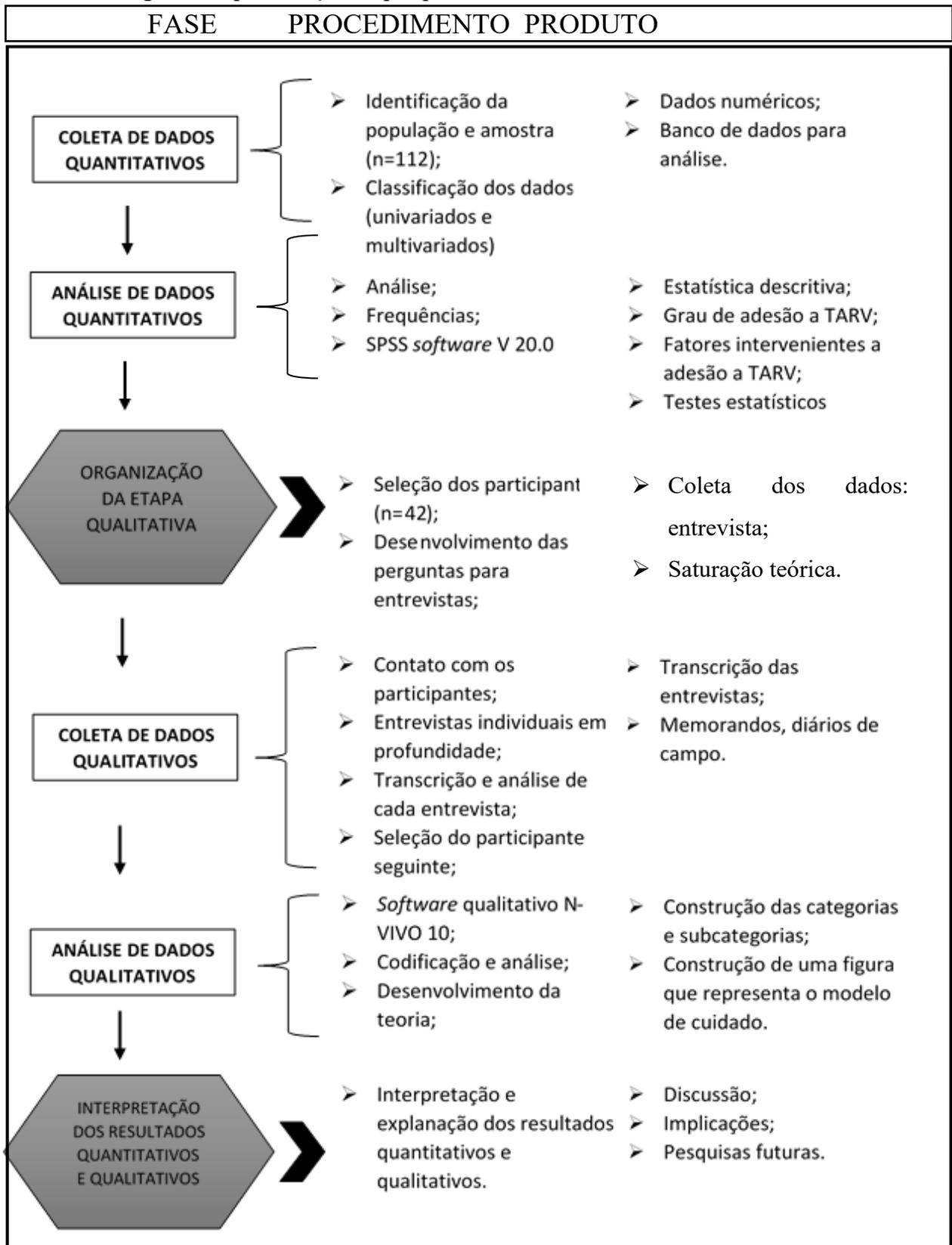
Fonte: Adaptado de Creswell, 2010, p. 246.

Optou-se por esta estratégia de pesquisa pois seu propósito consiste em usar elementos qualitativos para explicar os resultados quantitativos iniciais (Creswell, Plano Clark *et al.*, 2003). Ainda, este tipo de pesquisa é mais útil quando o pesquisador:

- “conhece as variáveis importantes e tem acesso a instrumentos quantitativos para medir os constructos de principal interesse” (Creswell, Plano Clark, 2013, p. 84). Neste caso as variáveis são relacionadas a adesão a TARV, com as quais se pode mensurar o grau de adesão, além de identificar os fatores que interferem na mesma;
- “Pesquisador tem a possibilidade de retornar aos participantes para uma segunda série de coleta de dados qualitativos” (Creswell, Plano Clark, 2013, p. 84). Nesta pesquisa, as mulheres com HIV/Aids foram abordadas no momento quantitativo e dentre as que participaram do momento quanti, selecionou-se as participantes para o momento qualitativo;
- “o pesquisador desenvolve novas questões baseadas nos resultados quantitativos e estas não podem ser respondidas com dados quantitativos” (Creswell, Plano Clark, 2013, p. 84), Neste estudo, a análise dos dados quantitativos permitiu identificar o grau de adesão a TARV entre os participantes e relacionar os fatores que interferem nesta adesão, no entanto, somente os dados qualitativos permitiram compreender as informações necessárias que permitissem a construção de um modelo de cuidado de enfermagem voltado as mulheres com HIV/Aids em fase reprodutiva, levando em consideração os fatores que implicam na adesão identificados na etapa quantitativa.

Portanto, este estudo foi dividido em dois momentos, o primeiro quantitativo transversal e o segundo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Para melhor entendimento do processo de desenvolvimento desta pesquisa com métodos mistos, elaborou-se o seguinte diagrama:

Figura 2: Apresentação da pesquisa desenvolvida com métodos mistos.



Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de Creswell (2013).

## 5.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Itajaí, que está entre os municípios prioritários para a prevenção e controle da aids em Santa Catarina. Segundo o boletim epidemiológico de dezembro de 2019, o índice composto<sup>2</sup> do município foi de 5,83, estando a frente de capitais brasileiras, como por exemplo, Salvador/BA.

O momento quantitativo foi desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) a pessoas que convivem com HIV/aids. No município, o local que presta este tipo de assistência recebe o nome de CEREDI (Centro de Referência de Doenças Infecciosas), o qual fica localizado na região central do município, tem horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das sete às dezenove horas, e presta atendimento nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, planejamento familiar, preventivo do câncer, pneumologia, farmacêutico, infectologia, psicologia e fisioterapia. O local abriga também os Programas de Hanseníase, Tuberculose, Hepatites, além do HIV.

Para o momento qualitativo, foram incluídos como cenário, além do CEREDI, uma Unidade Básica de Saúde que possui quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família atuantes em Itajaí que oferece os serviços de atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros. Também possui prontuário informatizado para registro dos dados clínicos dos pacientes.

As Unidades Básicas de Saúde são conhecidas como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Itajaí conta atualmente com 26 Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas, duas Unidades de Pronto Atendimento, quatro Centros Especializados, três Centros de Atenção Psicossocial, uma Farmácia Municipal e um Laboratório municipal. Unidades de Saúde e Policlínicas disponibilizam atendimento ambulatorial e estão distribuídas pelos bairros e localidades do município. A grande maioria possui equipes da Estratégia Saúde da Família, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais.

---

<sup>2</sup> O índice composto é calculado pela taxa média de detecção de aids na população geral nos últimos três anos; ii) Variação média da taxa de detecção de aids na população geral nos últimos cinco anos; iii) Taxa média de detecção de aids na população de menores de cinco anos, nos últimos três anos; iv) Variação média da taxa de detecção de aids na população de menores de cinco anos, nos últimos cinco anos; v) Taxa média de mortalidade por aids na população geral nos últimos três anos; vi) Variação média da taxa de mortalidade por aids na população geral nos últimos cinco anos; vii) Função inversa da média do logaritmo da primeira contagem de CD4 dos pacientes que entraram a partir de 2009 ( $f=1/\log CD4$ ), excluídos os valores de CD4 iguais a zero e maiores de 3.000 células/mm<sup>3</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Itajaí no ano 2000, com o objetivo de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produção de resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. Realiza o cadastramento dos usuários do SUS, atenção ambulatorial e domiciliar, atividades educativas nas comunidades/escolas em ações coletivas e/ou individuais, busca ativa, entre outras atividades.

As equipes estão implantadas em 22 UBS, sendo 52 equipes de ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS) alcançando cobertura de mais de 84,37% da população geral (ITAJAÍ, 2020).

### 5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta e análise de dados compreendeu o período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020. Inicialmente realizou-se contato prévio com a coordenação do CEREDI e das unidades de saúde selecionadas para apresentação do projeto de pesquisa e discussão sobre a logística para coleta dos dados. Tanto os dados quantitativos quanto os qualitativos foram coletados pela doutoranda pesquisadora.

A seguir, serão apresentadas separadamente as especificidades da coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos:

### 5.4 MOMENTO QUANTITATIVO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal. Nos estudos transversais as mensurações são feitas em um único momento do tempo, descrevem variáveis e seus padrões de distribuições, identificam a prevalência de determinado fenômeno (POLIT, BECK, 2011; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Vale ressaltar que uma das premissas básicas de um estudo transversal “é verificar em uma amostra as relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis que supostamente estão associadas a ele” (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013, p. 124). Neste caso, a variável de desfecho permitiu mensurar o grau de adesão a terapia antirretroviral.

#### **5.4.1. População e amostra**

Fizeram parte desta fase da pesquisa todas as mulheres com prontuários ativos, que tiveram atendimento médico e/ou de enfermagem e/ou psicológico e/ou fisioterapêutico e/ou retirada de medicamentos no serviço de atendimento especializado (SAE) do referido município. A amostra foi composta por 112 mulheres com diagnóstico de HIV, em fase reprodutiva, que receberam um dos atendimentos citados. As perdas foram relacionadas à recusa em participar da pesquisa, não comparecimento ao dia da consulta e/ou comparecimento em período irregular para retirada dos medicamentos.

#### **5.4.2. Critérios de inclusão e exclusão**

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

- Ter idade entre 18 – 45 anos;
- Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica);
- Ter prontuário ativo no serviço especializado do município, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais;
- Estar cadastrado no SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município;
- Ser biologicamente do sexo feminino.

Ainda, foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Ter alterações das condições cognitivas que possam prejudicar a resposta aos questionamentos;
- Estar em uso da TARV por menos de três meses;
- Não autorizar a consulta ao seu prontuário pelos pesquisadores;
- Idade inferior a 18 anos e idade superior a 45 anos.

#### **5.4.3 Variáveis da pesquisa**

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

Quadro 1: Organização das variáveis de estudo.

VARIAVEIS	DEPENDENTE/ INDEPENDENTE	NATUREZA	UTILIZAÇÃO
<b>Desfecho (Adesão a TARV)</b>			
Cumprimento do indivíduo no que se refere ao seguimento da terapêutica medicamentosa. A adesão será classificada em quatro categorias com base no instrumento CEAT-VIH (REMOR, 2011): baixa, insuficiente, adequada e estrita.			
<b>Adesão ao TARV - Binomial</b>	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Adesão sim percentil $\geq 85$ do CEAT-VIH) e adesão não (abaixo do percentil 85 do CEAT-VIH) <sup>3</sup>
<b>Adesão ao TARV – Multivariada</b>	Dependente		Adesão inadequada: percentil $\geq 49$ ; Adesão adequada: 50-75; Adesão estrita: $>75$
<b>Variáveis sócio demográficas</b>			
<b>Idade</b>	Independente	Quantitativa contínua	Anos completos até a data da coleta de dados
<b>Situação conjugal</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Solteiro, casado, união estável, separado, divorciado ou viúvo
<b>Ocupação laboral</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Atividade remunerada desenvolvida pelo participante (sim ou não) e a classificação da atividade (IBGE).
<b>Renda familiar</b>	Independente	Quantitativa discreta	Em salários mínimos
<b>Local de residência</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Bairro/cidade
<b>Grau de escolaridade</b>	Independente	Qualitativa ordinal	Nunca estudou, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto e pós-graduação.
<b>Classe social</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Ver utilização
<b>Variáveis clínicas</b>			

<sup>3</sup> Esse Ponto de corte foi referido pelo Dr. Remor (criador instrumento adaptado ao Brasil), como sendo o ideal.

<b>Via de transmissão</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Sexual, transfusão de hemoderivado, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical (TV) e não sabe.
<b>Tempo de infecção</b>	Independente	Quantitativa contínua	Tempo em meses
<b>Carga viral</b>	Independente	Quantitativa discreta	Cópia/ml
<b>Contagem de células T – CD4+</b>	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	$< 200\text{mm}^3$ e $\geq 200\text{mm}^3$
<b>Doenças oportunistas</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Candidíase, pneumonia (por <i>Pneumocystis jirovecii</i> ), tuberculose, toxoplasmose, sarcoma de Kaposi, herpes e outras
<b>Resultado de colpocitopatológico</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma <i>in situ</i> ). Inflamações ou infecções vaginais e infecções sexualmente transmissíveis (HPV, Gardnerella, Tricomoníase, Candidíase, Gonorréia, Sífilis, Clamídia, dentre outras)
<b>Tempo de uso de TARV</b>	Independente	Quantitativa contínua	Tempo em meses do início do uso da terapia antirretroviral
<b>Terapêutica TARV</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina, zalcitabina, zidovudina, zidovudina + lamivudina), inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (delavirdina,

			efavirenz, nevirapina), inibidores de protease (amprenavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, ritonavir + lopinavir, saquinavir), outros
<b>Posologia</b>	Independente	Quantitativa discreta	Dose(s)
<b>Utilização de serviços</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Outros serviços de saúde
<b>Intervalo entre as consultas</b>	Independente	Quantitativa discreta	Em meses
<b>Interrupção de tratamento</b>	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
<b>Tempo de interrupção</b>	Independente	Quantitativa discreta	Em meses
<b>Variáveis relacionadas às características comportamentais</b>			
<b>Uso de álcool</b>	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
<b>Uso de drogas ilícitas</b>	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
<b>Orientação sexual</b>	Independente	Qualitativa nominal politômica	Heterossexual, homossexual, bissexual, transexual, outros
<b>Pratica atividade física</b>	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 5.4.4. Coleta dos dados

A coleta dos dados quantitativos se deu de duas formas, a primeira por meio de um instrumento estruturado que avalia o grau de adesão (ANEXO A). Este é denominado “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral – CEAT-HIV), que foi construído e validado por Remor e col. (2006, 2007, 2008, 2013, 2015, 2017) e permite a avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Constitui-se de um conjunto de 20

itens que compreendem perguntas direcionadas ao tratamento e fatores relacionados à adesão e pode ser aplicado em adolescentes e adultos.

Cada resposta deste instrumento gera uma pontuação, a qual mensura o grau de adesão em seu somatório final (mínimo de 17 pontos e máximo de 89 pontos) cuja relação entre somatório de pontos e adesão é diretamente proporcional, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão (REMOR, 2006; REIS; LENCASTRE; GUERRA, REMOR, 2009; GOULART, 2018), sendo que o grau de adesão é classificado em: baixo, insuficiente, adequado e estrita (REMOR, 2006; 2009). Ainda, neste estudo, foi considerado como “aderentes” àqueles com percentil  $\geq 85$  do CEAT-VIH e “não aderentes” àqueles com percentil  $< 85$  do CEAT-VIH, como proposto e publicado pelo criador do instrumento que para essa nova organização, verificou a consistência interna do CEAT-VIH por meio do coeficiente Alpha de Cronbach e o teste de normalidade, apontando também uma distribuição assimétrica dos escores no instrumento, segundo o teste Kolmogorov-Smirnov (ZUGE *et al.*, 2017; REMOR, 2013).

Para utilização do CEAT-VIH nesta pesquisa foi solicitado formalmente a autorização do autor. Ressalta-se que este instrumento já foi utilizado com sucesso em vários países dentre eles, Espanha, Peru, Brasil, Colômbia, Portugal e México (REMOR, 2006; 2009).

O outro instrumento utilizado, foi um questionário (APENDICE A), organizado pelo pesquisador para coleta das informações relacionadas às variáveis sócio demográficas e de características comportamentais. A segunda forma de coleta foi através da consulta aos prontuários das participantes, para identificação das informações relacionadas às variáveis clínicas (APENDICE B).

Após a seleção das participantes a partir dos critérios de inclusão já citados, os pesquisadores se dirigiram ao serviço de atendimento especializado do município, em horário de funcionamento normal do mesmo. Durante o aguardo das pacientes tanto para consultas, quanto para retirada de medicamentos, as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa (antes ou depois do atendimento, conforme desejarem) respondendo ao instrumento que mensura o grau de adesão.

Em seguida, foi solicitado a cada participante seu consentimento para que os pesquisadores acessassem, em outro momento, seu prontuário, com vistas a coleta das demais informações necessárias ao cumprimento desta pesquisa.

A coleta de dados dos prontuários ocorreu em períodos (dias da semana, contra turno da entrevista, etc.) diferentes, conforme disponibilidade e conveniência dos pesquisadores envolvidos, no entanto, isto não interferiu na análise dos resultados, uma vez que cada participante recebeu um código de identificação que ficou disponível e acessível somente aos

pesquisadores para que os mesmo realizassem o controle da coleta. Os profissionais do serviço não tiveram acesso a essa informação, mantendo assim o sigilo e a privacidade dos envolvidos.

#### **5.4.5. Análise dos dados**

Os dados foram digitados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e associadas pelo teste Exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado. Em caso de variáveis com várias categorias a análise dos resíduos ajustada foi utilizada para detectar categorias com maior frequência da esperada. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas pelo teste *t de Student* para amostras independentes. As com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparadas entre os grupos pelo teste de Mann Whitney. Foi considerado um nível de significância de 95%.

### **5.5. MOMENTO QUALITATIVO**

Para Flick (2009) a pesquisa qualitativa possui características essenciais que a torna diferente da pesquisa quantitativa, são elas: escolha adequada do método e teorias convenientes; reconhecimento e análise sob diferentes perspectivas; reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de construção do conhecimento e a variedade de abordagens e métodos.

Ainda, na pesquisa qualitativa, os objetos de estudo não são reduzidos a simples variáveis, estes são representados em sua totalidade, dentro de seu contexto cotidiano. Assim, o objetivo da pesquisa passa a ser descobrir o novo e construir teorias empiricamente fundamentadas (FLICK, 2009).

Corroborando ao exposto, Para Corbin e Strauss (2015) discorrem que este tipo de pesquisa permite explorar a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, além dos movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações, cujo objetivo é descobrir conceitos e relações nos dados brutos, e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico.

Seguindo o pensamento dos autores supracitados, adotou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico. Optou-se pela TFD pois além de ser um tipo de

pesquisa amplamente utilizado pela enfermagem, e entende-se que “teorizar é um trabalho que implica não apenas em conceber ou intuir ideias, mas também em formular ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório”.

Este método foi desenvolvido pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss como alternativa à tradição da pesquisa qualitativa na época. A primeira obra sobre a TFD intitulada *The Discovery of Grounded Theory*. O livro foi considerado inovador pois propunha o desenvolvimento de teorias a partir dos dados obtidos por meio da pesquisa, em vez da dedução de hipóteses analisáveis por meio de teorias já existentes (CHARMAZ, 2009; CORBIB, STRAUSS, 2015), esta foi denominada vertente Clássica da TFD. Contrapondo alguns procedimentos metodológicos dos idealizadores do método, Strauss, em parceria com Juliet Corbin, incorporou novos instrumentos de análise e etapas para o desenvolvimento da teoria, fundando a perspectiva straussiana ou relativista da TFD. Já na década de 2000, Katy Charmaz, introduziu sua própria versão da TFD, dando início à perspectiva construtivista do método (EVANS, 2013; SANTOS *et al.*, 2016; CHARMAZ, 2009; LEWIS, 2015; KENNY, FOURIE, 2015). Dessa forma, considera-se que as três principais perspectivas metodológicas existentes da TFD são: clássica, straussiana e construtivista. A constituição dessas diferentes abordagens da TFD ocorreu, principalmente, em função da evolução do pensamento científico e dos paradigmas norteadores da pesquisa qualitativa (EVANS, 2013; SANTOS *et al.*, 2016; CHARMAZ, 2009; LEWIS, 2015; KENNY, FOURIE, 2015). Uma das principais diferenças entre elas é o sistema de análise de dados, que apresenta particularidades conforme cada perspectiva metodológica (SANTOS *et al.*, 2018).

Ainda, no processo de construção de um modelo teórico, as hipóteses e as proposições que emergem dos dados devem ser continuamente verificadas e comparadas com os novos dados, sendo modificadas, estendidas ou desconsideradas, conforme indicado e necessário. Esse processo caracteriza a análise comparativa da TFD, componente fundamental deste tipo de investigação. Dessa forma, o termo “teoria” refere-se a “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos, relacionados por meio de declarações que, juntas, constituem uma estrutura integrada, a qual pode ser usada para explicar ou prever fenômenos” (CORBIN, STRAUSS, 2015).

### **5.5.1. Processo de amostragem teórica**

A definição dos participantes do estudo qualitativo foi realizada através da amostragem teórica, que constitui um dos principais pressupostos norteadores da TFD. A amostragem

teórica é definida por Corbin e Strauss (2015), como o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e o adensamento das categorias, suas propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações que surgem ao longo da pesquisa. Diante desse conceito, o pesquisador deverá construir sua amostragem durante o processo de pesquisa, uma vez que ela é baseada nos conceitos que surgem na análise dos dados. A mesma é finalizada quando se alcança a saturação teórica, ou seja, quando nenhum dado relevante ou novo emerge, o desenvolvimento da categoria é denso e as relações entre as categorias são bem estabelecidas (CORBIN, STRAUSS, 2015).

O processo de coleta de dados deste estudo levou a uma amostragem teórica constituída de 31 participantes, que estão distribuídos em 3 grupos amostrais. Os critérios utilizados para inclusão no estudo foram:

- Para as mulheres com diagnóstico de infecção pelo HIV: Ter idade entre 18 – 45 anos; Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica); Ter prontuário ativo no serviço especializado do município, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais; Estar cadastrado no SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município; Ter realizado pelo menos um exame colpocitológico nos últimos 12 meses ou estar em consulta para realização deste exame no momento da coleta dos dados; Estar em uso da TARV há mais de três meses conforme o cadastro no SICLOM; Ser biologicamente do sexo feminino; Ter participado do primeiro momento (etapa quantitativa) da pesquisa.

- Profissionais dos serviços de saúde: atuar diretamente com pessoas com infecção pelo HIV/aids; Fazer parte da equipe de profissionais do CEREDI ou de uma das equipes da ESF da unidade selecionada; Ter prestado atendimento a pessoas com HIV/Aids pelo menos uma vez.

Foram excluídos aqueles profissionais que estavam de folga, férias, licenças e/ou atestados durante o período de coleta de dados.

O primeiro grupo amostral foi constituído pelos profissionais que atuam no serviço de referência para atendimento a pessoas com HIV/Aids do município, estes foram selecionados uma vez que toda demanda de atendimento, primeiramente, é direcionada ao mesmo. A questão norteadora para este grupo foi: “Para você, o que interfere na adesão a TARV nas mulheres atendidas aqui?”. A partir da coleta de dados destes participantes surgiram duas hipóteses: (1) Aderir ao tratamento é um processo. E, existem fatores pessoais que interferem na adesão, mas também questões de vínculo com os profissionais/serviços que prestam atendimento e isto também interfere na adesão; (2) Profissionais e pacientes se sentem mais confortáveis/seguros no SAE e isso facilita a adesão ao tratamento, além do que ambos acreditam que a APS não

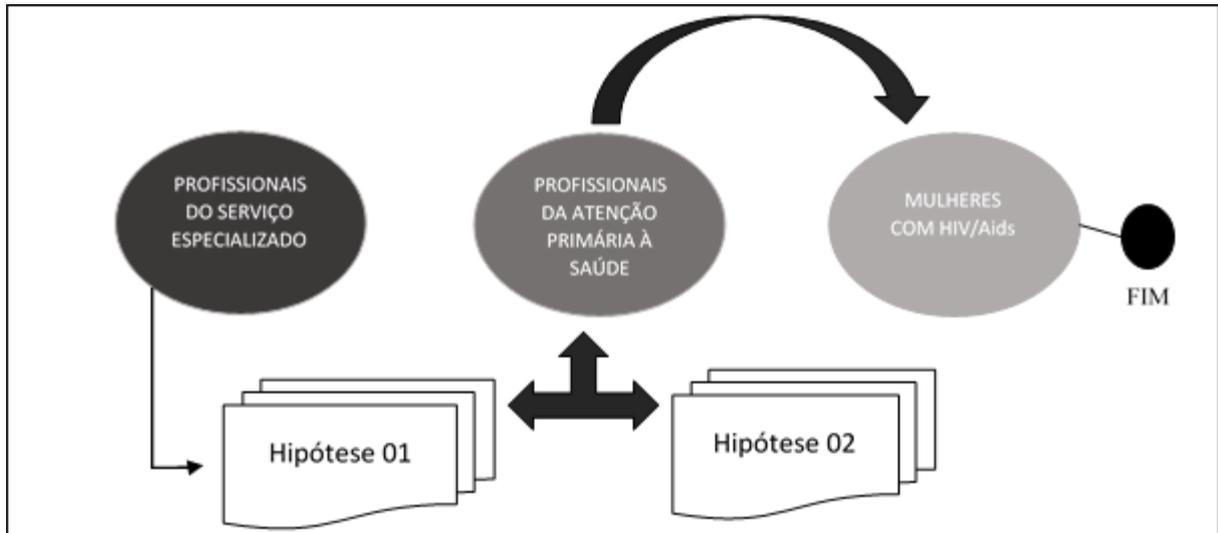
está preparada para absorver a demanda de atendimento deste perfil de clientela e isto pode impactar na adesão ao tratamento.

A partir destas hipóteses formou-se o segundo grupo, sendo este composto pelos profissionais que atuam na APS, especificamente na ESF. Estas equipes foram selecionadas pois estão alocadas em Unidades Básicas de Saúde que oferecem os serviços de atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros, também possuem prontuário informatizado para registro dos dados clínicos dos pacientes. E juntas, representam a maior parcela de população sob maior vulnerabilidade social no município. O objetivo das entrevistas com esse grupo amostral foi explorar aspectos sobre sua participação no cuidado e as estratégias de cuidado direcionadas para pessoas com HIV/Aids. A questão inicial também foi: “Para você, o que interfere na adesão a TARV nas mulheres atendidas aqui?”.

Por fim, o terceiro grupo amostral foi formado por mulheres diagnosticadas com HIV/Aids que são atendidas no serviço de referência do município, estas foram selecionadas pois verificou-se que a organização do cuidado dependia da interação entre a APS, Serviço Especializado e as mulheres com HIV/Aids. Desta forma, a partir deste grupo objetivou-se compreender como era o cuidado na perspectiva destas usuárias e como isto impactava na adesão a TARV, desencadeando as discussões com a pergunta inicial “Como é para você viver ou conviver com HIV/aids?”, seguida por “Qual serviço você procura quando precisa de atendimento?”.

Ao final da coleta do terceiro grupo amostral, considerou-se que a saturação teórica foi alcançada devido a saturação dos dados com a repetição das informações e a consolidação das categorias encontradas. No total das 31 entrevistas realizadas, foram encontradas nove categorias, que, interrelacionadas, fizeram emergir o fenômeno, as quais serão detalhadas na descrição da análise dos dados.

Figura 3: Fluxograma para formação dos grupos amostrais.



Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.5.2 Coleta de Dados

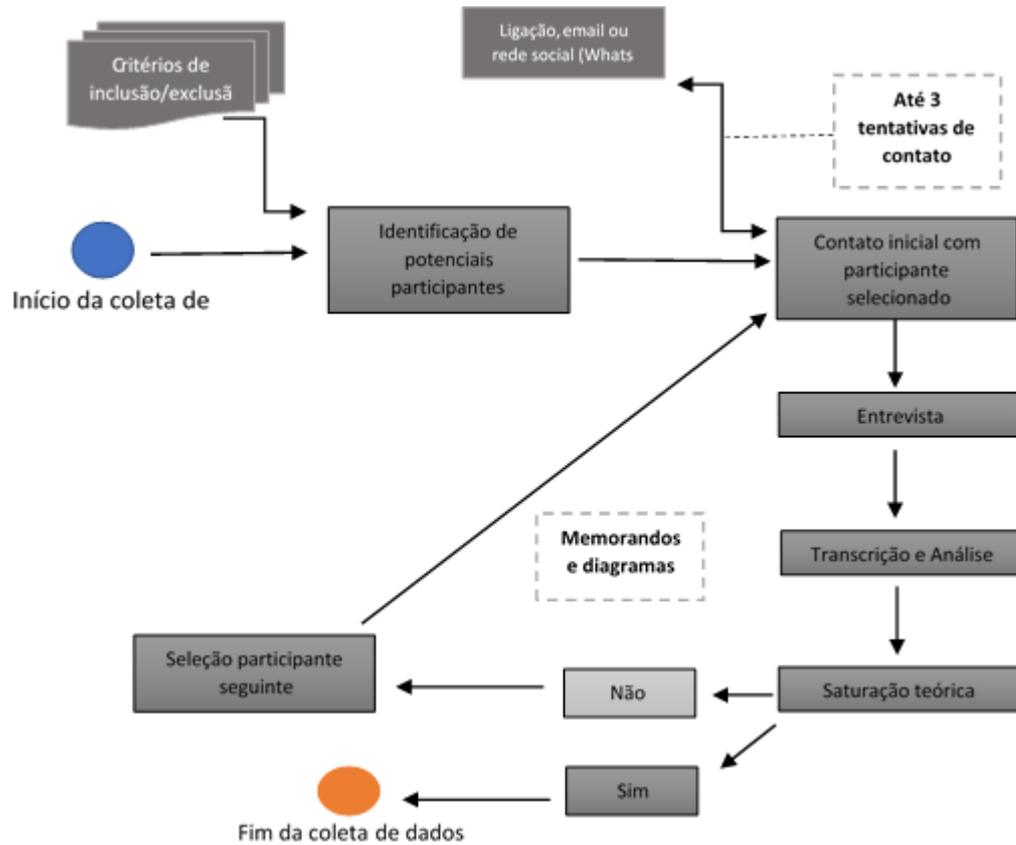
Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando-se, além da questão norteadora, um roteiro semiestruturado (APENDICES C, D, E) que auxiliou na condução da mesma.

Primeiramente, para os profissionais de saúde, foi realizado o primeiro contato pessoalmente para explanação dos objetivos da pesquisa e solicitação de um meio para contato (e-mail, telefone, whatsapp, etc) para agendamento das entrevistas, conforme o dia e horário que melhor convinha aos participantes.

Para as mulheres com HIV, também foi solicitado um meio para contato durante a participação delas no momento quantitativo, as entrevistas foram agendadas, em sua maioria, no mesmo dia do retorno da mulher para consulta no serviço, para que a realização da entrevista não interfira em sua rotina.

Tanto para os profissionais quanto para as mulheres foram realizadas três tentativas de contato, por três dias seguidos. Nos casos em que não se obteve respostas, os participantes foram excluídos e substituídos.

Figura 4: Fluxograma da coleta de dados qualitativos orientada pela TFD.



Fonte: Elaborado pela autora.

Todas as entrevistas ocorreram em local reservado, com duração média de 45 minutos e tiveram seus áudios gravados. As gravações foram transcritas, utilizando o Microsoft Office Word® e em seguida transferidas para o software N-VIVO® 10, através do qual foi realizado o processo de organização e codificação dos dados coletados.

### 5.5.3 Análise dos Dados

Atendendo aos pressupostos da TFD, cuja explicação do fenômeno é obtida a partir de um grupo de procedimentos que se constituem em instruções que servem de orientação para o pesquisador no desenvolvimento da investigação, a análise de dados ocorreu concomitantemente ao processo de coleta de dados, pois à medida que os dados eram coletados, os mesmos eram analisados e essas análises direcionavam as coletas seguintes buscando novas informações ou consolidando os conceitos emergentes, esse processo é conhecido como análise comparativa constante.

Desta forma, realizou-se a análise comparativa, sendo essa uma das principais características específicas da TFD (GLASER; 1978; 2005), STRAUSS E CORBIN (1994, 1998, 2002, 2008); CORBIN, STRAUSS, 2015).

Define-se a análise comparativa como um processo dinâmico cujos dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias, ou seja, as ações são realizadas concomitantemente neste tipo de pesquisa e desta forma se desenvolvem as ‘hipóteses’ que buscam diferenças e semelhanças entre os envolvidos, podendo sugerir relações entre os elementos que surgirem durante a pesquisa. Assim, quando os procedimentos terminam, a teoria já está estruturada, faltando apenas desenvolvê-la. (CORBIN, STRAUSS, 2015).

Esta característica da TFD faz com que o pesquisador se atenha mais na geração da teoria do que na descoberta dos dados, para que assim possa construir um conhecimento baseado na experiência dos próprios sujeitos (CHARMAZ, 2009; GLASER, 1978; STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN, STRAUSS, 2015), ou seja, o propósito para utilização da TFD é gerar teorias para desvelar fenômenos em dada situação, a partir da perspectiva dos participantes e como os participantes se relacionam com os mesmos.

Entende-se como teoria o ato de construir, a partir dos dados, um esquema sistematize os vários conceitos através de declarações de relações, desta forma a teoria permite explicar e prever fatos, fornecendo, assim, diretrizes para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN, STRAUSS, 2015).

Sob esta lógica, a TFD busca apresentar a realidade a partir da percepção ou significado de contextos ou objetos em relação com as pessoas (CORBIN, STRAUSS, 2015). Desta forma, procedeu-se a análise dos dados a luz do referencial proposto por Strauss e Corbin (2015), uma vez que essa perspectiva destaca o papel ativo do pesquisador diante dos dados e na construção da teoria, o qual pode fazer uso apropriado da literatura em todas as fases da pesquisa, buscando apoio teórico antes e durante a coleta e análise de dados. Nessa vertente, a análise de dados foi dividida em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (CORBIN, STRAUSS, 2015).

A codificação aberta é o primeiro passo analítico, em que o pesquisador deve se fixar nos dados coletados, examinando-os, comparando-os e conceitualizando-os com palavras que transmitam ação (CORBIN, STRAUSS, 2015). Portanto, nesta etapa, buscou-se analisar cada palavra linha por linha, realizando assim, um exame minucioso que foi norteados pelos questionamentos do pesquisador em relação aos dados: “O que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui?”.

Por conseguinte, realizou-se a identificação dos códigos substantivos conforme preconiza a etapa da codificação axial (CORBIN, STRAUSS, 2015). Essa etapa foi identificada por intensa reflexão do pesquisador na busca por respostas para as questões como: Por quê? De que forma? Onde? Quando? e Como?. Nesse sentido, esse momento foi marcado pela reorganização dos códigos criados na etapa anterior tendo em vista a formulação de explicações sobre o fenômeno investigado, possibilitando assim, aflorar as categorias (CORBIN, STRAUSS, 2015). Nessa etapa, também se utilizou uma ferramenta analítica chamada paradigma da codificação ou modelo paradigmático, a qual auxiliou na codificação axial. Primeiramente, Corbin e Strauss (2015) discutiram o modelo paradigmático composto pelos componentes conhecidos como “5 Cs”: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e as consequências. Porém, com a evolução da vertente straussiana da TFD, o modelo paradigmático passou a ter três componentes, “3 Cs”: condições, ações-interações e consequência (CORBIN, STRAUSS, 2015), o qual foi adotado para construção do presente estudo.

Na codificação seletiva, último momento do processo analítico, ocorreu o refinamento das categorias e subcategorias encontradas anteriormente, as quais foram comparadas e analisadas continuamente, possibilitando ao pesquisador a identificação do fenômeno. Destacamos que na obra mais recente da TFD Straussiana, a codificação seletiva foi denominada integração, termo considerado mais adequado ao processo realizado nessa etapa, sendo que a categoria principal é um conceito amplo e abstrato que em poucas palavras descreve o que o pesquisador considera o tema principal do estudo. Ao final das etapas de codificação, a teoria gerada é organizada conforme os elementos do modelo paradigmático (CORBIN, STRAUSS, 2015).

Ainda, durante todo o processo analítico dos dados, dois recursos foram utilizados para auxiliar a pesquisadora a compreender a articulação entre os conceitos, aprofundar o nível de abstração e que ajudaram a pesquisadora a construir os conceitos e compreender como as categorias estavam articuladas entre si.: a redação de memorandos e elaboração de diagramas.

Os memorandos são anotações analíticas informais que auxiliam na comparação de dados, exploração de ideias sobre os códigos e direcionamento de nova coleta de dados. Já os diagramas são representações gráficas sobre a relação dos conceitos e demonstram a densidade e complexidade da teoria (CORBIN, STRAUSS, 2015), ou seja, após a análise de cada entrevista eram realizados os memorandos iniciais e diagramas que representavam a articulação de alguns códigos e ideias.

A seguir, encontram-se alguns dos memorandos elaborados para demonstração dessa etapa do método.

Quadro 2: Exemplo de Memorando 1

<b>Centralização dos atendimentos as mulheres com HIV no Serviço de Atendimento Especializado no município de Itajaí/SC</b>
<p>O Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids, denominado CEREDI, tem como objetivo prestar atendimento integral e de qualidade as suas usuárias. Este serviço é formado por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos – infectologista, ginecologista e pediatra, psicólogos, farmacêuticos, odontólogos e técnicos de enfermagem). Diante disso, todos os atendimentos as mulheres com HIV são, preferencialmente, realizados neste local. O que se observa é que os profissionais consideram essa centralização como algo positivo e se sentem como parte importante no acompanhamento dessas mulheres, atuando como coautores no processo de adesão ao tratamento.</p> <p>A maioria dos profissionais deste serviço reforça que ter as ações de cuidado centralizadas em um único local, garante que será mantido o sigilo, criar-se-á maior vínculo com as mulheres com HIV e conseqüentemente favorecerá a adesão ao tratamento.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

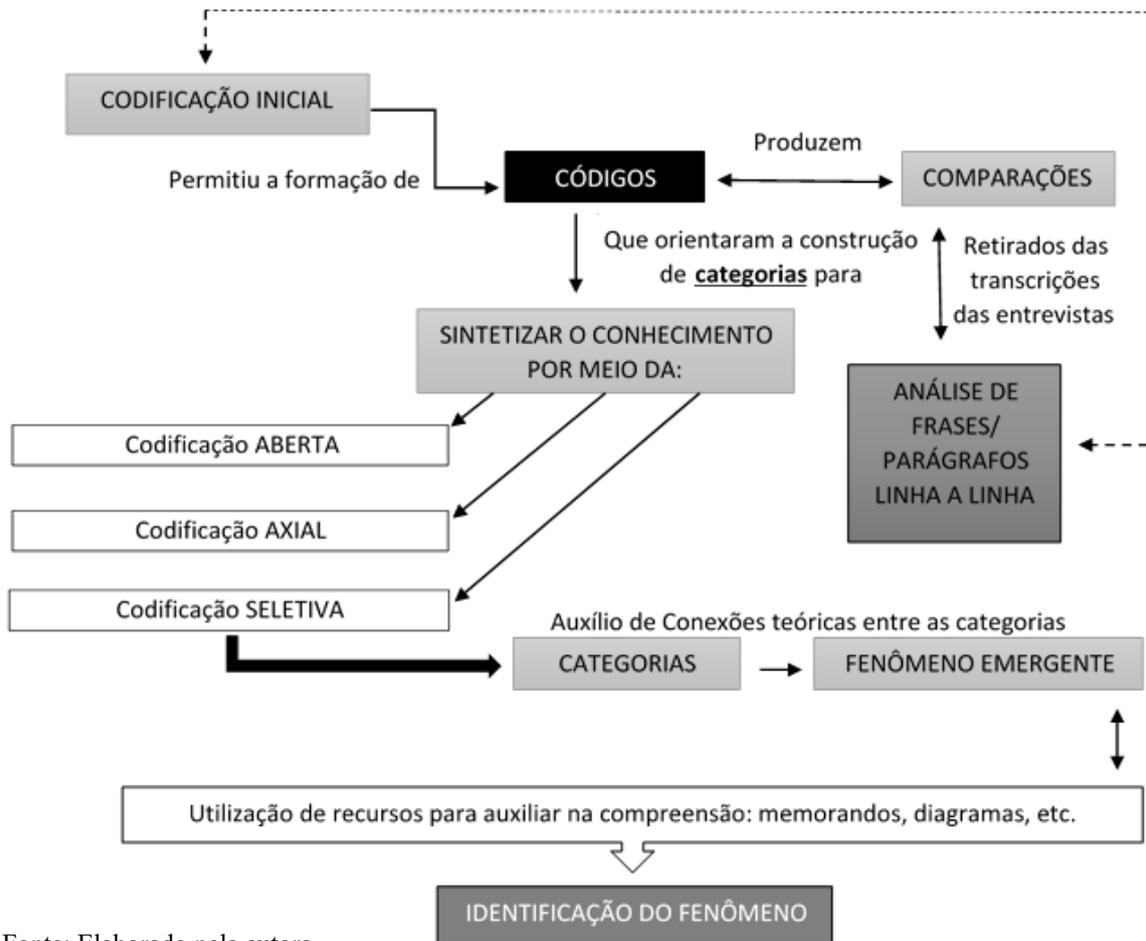
Quadro 3: Exemplo de Memorando 2

<b>A Atenção Básica não se sente preparada para atender as demandas das mulheres com HIV no município de Itajaí/SC</b>
<p>Os profissionais da AB do município de Itajaí, na maioria das vezes, não veem com algo positivo se tornarem responsáveis pelo cuidado as mulheres com HIV. Parte desta percepção está relacionada a falta de estrutura física (salas de atendimento), recursos humanos (número de profissionais e qualificação de profissionais) e a percepção de que as mulheres com HIV preferem manter o sigilo em relação ao seu diagnóstico para estes profissionais.</p> <p>Foi possível observar que alguns não sabem dizer ao certo o número de mulheres com HIV que compõem a sua população adscrita. Tal fato me chamou atenção uma vez que estas mulheres são parte de um grupo vulnerável, o qual necessita de rigoroso acompanhamento.</p> <p>Uma justificativa possível para esta situação seria a centralização dos atendimentos pelo Serviço Especializado do município.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, todo o processo de análise dos dados está exemplificado no diagrama a seguir:

Figura 5: Diagrama do processo de análise dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Diante deste processo, análise e permitiu a consolidação do fenômeno, denominado **“Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV e serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento”** e, com base no modelo paradigmático (condições, ações-interações e consequências/Resultados) (CORBIN, STRAUSS, 2015), construiu-se quatro categorias e nove subcategorias, além de um modelo esquemático que representa a articulação entre as categorias que passará pelo processo de validação. Todos estão demonstrados no quadro a seguir, no entanto, a descrição deles será apresentada nos resultados.

Quadro 4: Organização das categorias e subcategorias.

Categoria Central: “Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV, serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento”		
	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Condições	Defrontando o momento do diagnóstico	Enfrentando as Fragilidades do Serviço Especializado e da

		<p><i>Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV</i></p> <p><i>Identificando as potencialidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV</i></p>
<p><b>Ações e Interações</b></p>	<p><b>Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV</b></p>	<p><i>Revelando os motivos de escolha pela Atenção Primária sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV</i></p> <p><i>Revelando os motivos de escolha pelo Serviço Especializado sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV</i></p>
	<p><b>Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV</b></p>	<p><i>Integrando os serviços como estratégia para manter as mulheres com HIV aderentes ao tratamento</i></p>
<p><b>Consequências/Resultados</b></p>	<p><b>Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento</b></p>	<p><i>Revelando o processo de aceitação do diagnóstico para aprender a conviver com o HIV</i></p> <p><i>Superando os desafios do abandono e do retorno ao tratamento</i></p> <p><i>Identificando o papel dos profissionais de saúde no processo de aceitação do</i></p>

		<i>diagnóstico e adesão ao tratamento</i>
--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Florianópolis (UFSC) sob parecer n. 2.899.706/CAAE: 96353718.8.0000.0121 em Setembro de 2018 (ANEXO B).

Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE F e G). Foi garantida a eles a liberdade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, caso entendessem que isso seria melhor para si, sem que acarretasse algum prejuízo ao seu cuidado ou pessoa.

As entrevistas foram áudio-gravadas, e após as transcrições em programa Word for Windows, as gravações foram eliminadas. Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os registros contendo a identificação dos mesmos foram substituídos por códigos e números tanto na etapa quantitativa, quanto na etapa qualitativa do estudo, sendo que na etapa qualitativa, os participantes (profissionais de saúde) foram identificados no texto por PCER, PESF e as mulheres com HIV receberam o código: mulher 1, mulher 2 e assim sucessivamente. Os resultados da pesquisa serão apresentados em publicações e eventos com fins acadêmicos.

Os materiais utilizados na análise e arquivos de dados da pesquisa serão guardados em local seguro e de acesso restrito por cinco anos, sob responsabilidade das pesquisadoras do estudo. Findado este prazo, os mesmos serão destruídos.

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo, estão apresentados os resultados da pesquisa no formato de três manuscritos, conforme Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. No entanto, para que o leitor tenha uma aproximação mais detalhada dos resultados, julgou-se necessário apresentar, anterior a apresentação dos manuscritos, os principais resultados evidenciados na análise. Por tratar-se de um método misto sequencial, primeiramente serão apresentados os dados quantitativos e posteriormente, os dados qualitativos.

Os títulos dos manuscritos e seus respectivos objetivos estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 5: Manuscritos da tese.

<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Manuscrito 1</b> – Adesão a Terapia Antirretroviral de mulheres em fase reprodutiva e fatores associados: um estudo de métodos mistos.	Analisar e compreender os fatores intervenientes na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil
<b>Manuscrito 2</b> – Características clínicas relacionadas a adesão a terapia antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva.	Analisar as características clínicas que se relacionam a adesão a TARV nas mulheres em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do país
<b>Manuscrito 3</b> – Fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à adesão a terapia antirretroviral em mulheres em fase reprodutiva.	Analisar as características clínicas que se relacionam a adesão a TARV nas mulheres em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do país

## 6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os dados obtidos por meio da etapa quantitativa foram provenientes do instrumento que continha informações relacionadas às variáveis sócio demográficas, clínicas e comportamentais, além do instrumento que mensura o grau de adesão da TARV de Remor (2007), ambos aplicados nas mulheres diagnosticadas com HIV/Aids que frequentaram o Serviço de Assistência Especializada de Itajaí no período de 2018 a 2019.

Importante destacar que, em sua versão original, o instrumento de adesão CEAT-VIH proposto por Remor (2007), divide o escore de adesão em três níveis (Ruim/Adequada/Estrita). Porém, reforçamos novamente que neste estudo também utilizamos a classificação “aderentes” para aqueles com percentil  $\geq 85$  do CEAT-VIH e “não aderentes” para aqueles com percentil  $< 85$  do CEAT-VIH, como proposto e publicado mais recentemente pelo criador do instrumento (ZUGE *et al.*, 2017; REMOR, 2013).

Desta forma, foi possível extrair informações que possibilitaram a caracterização dos participantes, identificação do grau de adesão a TARV e relacionar os fatores que podem intervir na adesão ao tratamento.

Os resultados desses dados foram utilizados na elaboração dos manuscritos 1, 2 e 3 da tese.

### 6.1.1 Caracterização dos participantes quanto as variáveis sócio demográficas, clínicas e comportamentais

Totalizaram 112 mulheres diagnosticadas com HIV/Aids. Destas, a média de idade foi de aproximadamente 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ), sendo que a menor idade tinha 18 anos e a de maior tinha 45 anos na data da coleta dos dados. Ainda, 69 (61,61%) se autodeclararam como de raça branca (61,61%); 61 (54,46%) informaram que possuem algum tipo de ocupação laboral; 94 (83,93%) não estudam; 72 (64,29%) afirmaram ser independentes economicamente; 47(41,96%) possuem renda entre 1-3 salários mínimos; 40 (36,04%) são casadas e 29 (25,89%) não completaram o primeiro grau.

A tabela 1 demonstra os dados de distribuição relacionados as características sócio demográficas das participantes deste estudo:

Tabela 1: Distribuição das participantes em relação às características sócio demográficas (idade, raça, trabalho, estudo, situação conjugal, renda).

	Média	DP
	34,2	$\pm 7,8$
	N	%
<b>Idade</b>		
18 a 24 anos	15	13,39
25 a 35 anos	41	36,61
36 a 45 anos	56	50,00
<b>Raça</b>		
Branca	69	61,61
Preta	16	14,29
Amarela	02	1,79
Parda	24	21,43
Indígena	01	0,89
<b>Trabalham atualmente</b>		
Sim	61	54,46
Não	51	45,54
<b>Estudam atualmente</b>		
Sim	18	16,07
Não	94	83,93
<b>Independente financeiramente</b>		
Sim	72	64,29
Não	40	35,71
<b>Renda mensal</b>		
1 salário	34	30,36
1-2 salários	47	41,96
2-3 salários	24	21,43
4-5 salários	06	5,36
6-11 salários	01	0,89
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	24	21,62
Casada	40	36,04
União estável	32	28,83
Separada	06	5,41
Divorciada	05	4,50
Viúva	05	4,50
<b>Escolaridade</b>		
Nunca estudou	01	0,89
Primeiro grau completo	11	9,82
Primeiro grau incompleto	29	25,89
Segundo grau completo	26	23,21
Segundo grau incompleto	12	10,71
Graduação completa	24	21,43

Graduação incompleta	06	5,36
Pós graduação incompleta	10	0,89
Pós graduação completa	02	1,79

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos fatores clínicos, quanto a forma de contaminação, não houve registro de contaminação por uso de drogas injetáveis, nem por transfusão sanguínea, a maioria (77,89%) contraiu HIV por meio de relação sexual desprotegida e 19,64% não souberam dizer como foram contaminadas.

Tabela 2: Distribuição das participantes quanto as variáveis clínicas (forma de contaminação, tempo de diagnóstico, carga viral e contagem de células TCD4+.

Variáveis	N=112	
	n	%
<b>Forma como adquiriu HIV</b>		
Relação sexual	85	75,89
Transmissão vertical	05	4,46
Não sabe	22	19,64
<b>Tempo diagnóstico</b>		
até 6 meses	06	5,36
07 a 12 meses	10	8,93
13 a 24 meses	07	6,25
25 a 36 meses	09	8,04
37 a 48 meses	04	3,57
49 a 60 meses	04	3,57
61 a 120 meses	22	19,64
121 a 240 meses	38	33,93
≥ 240 meses	12	10,71
<b>Carga Viral**</b>		
Indetectável	92	82,14
51 a 2000 cópias/ml	09	8,04
2001 a 5000 cópias/ml	02	1,79
5001 a 10000 cópias/ml	04	3,57
10001 a 50000 cópias/ml	03	2,68
> 100001 cópias/ml	01	0,89
<b>Células TCD4+**</b>		
Até 500 cópias/ml	29	26,12
501 a 1000 cópias	57	51,35
> 1000 cópias	25	22,52

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. / \*\* Não foi possível encontrar os valores de um paciente.

O tempo médio de diagnóstico foi de 122 meses, sendo o mínimo de 6 meses (5,36%) e o máximo (10,71%) de 340. Quanto a carga viral, 92 (82,14%) apresentaram o último exame com carga viral indetectável e 57 (51,35%) células TCD+ entre 501 a 1000 cópias/ml.

No que se refere ao tratamento antirretroviral, 50% afirmaram que já interromperam o tratamento alguma vez e os outros 50% afirmaram nunca ter interrompido o tratamento. Ainda, em relação aos antirretrovirais, a média de consumo foi de 3 comprimidos/dia, sendo o mínimo de 1 comprimido/dia e o máximo de 7 comprimidos/dia, no que se refere a classe dos ARV, verificou-se que 56 (50%) fazem uso de ITRN (Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos) + IP (Inibidores de protease), conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 3: Distribuição das classes de ARV prescritas por paciente.<sup>4</sup>

	n	%
ITRN	1	0,89
IP	3	2,68
ITRN + ITRNN	31	27,68
ITRN + IP	56	50,00
ITRN + INIBIDORES DE FUSÃO	1	0,89
INIBIDORES DE FUSÃO + INIBIDORES DE INTEGRASE	1	0,89
ITRN + INIBIDORES DE INTEGRASE	18	16,07
IP + INIBIDORES DE INTEGRASE	1	0,89
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Analisando os dados da pesquisa, disponíveis na tabela 4, também foi possível verificar que 26,86% das mulheres com HIV tiveram alteração no resultado do exame citológico de colo de útero. Dentre estas mulheres, 79,31% apresentaram inflamação; 17,24% alterações citológicas e 3,44% Cândida Albicans. Ainda, verificou-se que dentre as mulheres que apresentaram inflamação, a média de células CD4+ foi de 794,7 células/mm<sup>3</sup> e a carga viral média foi de 23.441 cópias/mm<sup>3</sup>.

<sup>4</sup> ITRN - Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina, zalcitabina, zidovudina, zidovudina + lamivudina);  
ITRNN - inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (delavirdina, efavirenz, nevirapina);  
IP - inibidores de protease (amprenavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, ritonavir + lopinavir, saquinavir);

Tabela 4: Distribuição das participantes quanto a presença e tipo de alterações no exame citológico de colo de útero, associados a contagem média de carga viral e linfócitos TCD4+. N = 112

<b>Alterações no exame citológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Carga Viral média</b>	<b>Média de Células CD4 +</b>
Sim	29	26,86	23738	911,56
Não	83	76,85	7731	736,01
<b>Tipo de alterações (n=29)</b>				
Alterações citológicas (atipia celular)	5	17,24	892	772
IST (Candidíase)	1	3,44	Indetectável	1168
Inflamação	23	79,31	23441	794,70

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre os fatores comportamentais, verificou-se que a maioria (59,8%) afirmou não ingerir bebidas alcoólicas, mas dentre os 38,4% que consomem bebidas, a cerveja foi a mais citada (35,7%). Ainda, sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas, verificou-se que 76,8% afirmou não consumir nenhum tipo de droga. Porém, dentre as que consomem drogas, o cigarro foi a mais citada (21,4%), sendo este consumo acima de 4 vezes na semana, conforme dados da tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das participantes em relação ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ingere bebida alcoólica</b>		
Não	67	59,8
Sim	43	38,4
<b>Frequência ingere bebida</b>		
Nunca	67	59,8
Uma vez por mês ou menos	24	21,4
2 - 4 vezes por mês	20	17,9
2-3 vezes na semana	1	0,9
<b>Tipo de bebida que ingere</b>		
Cerveja	40	35,7
Vinho	9	8,0
Destilados	3	2,7
<b>Consome drogas</b>		
Não	85	75,9

Sim	27	24,1
<b>Frequência consome drogas</b>		
Nunca	86	76,8
Uma vez por mês ou menos	0	0,0
2 - 4 vezes por mês	1	0,9
2-3 vezes na semana	0	0,0
4 ou mais vezes na semana	25	22,3
<b>Tipo de droga</b>		
Não usa drogas	85	75,9
Cigarro	24	21,4
Maconha	2	1,8
Cocaína	1	0,9

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao comportamento sexual, a maioria (95,5%) se declararam heterossexuais e todas as participantes são sexualmente ativas com uma média de 8 relações/mês; 72,3% afirmaram que usam preservativos, destas, menos da metade (49,1%) disseram usar em todas as relações e 18,8% disseram usar as vezes.

E, os dados acerca da interação dessas mulheres com os serviços de saúde, foi possível identificar que o tempo médio que frequentam o SAE foi de 97,5 meses (aproximadamente 8 anos), sendo que os principais motivos para ida até o serviço foram: consulta clínica (infetologista) (97,3%); retirada de insumos (97,3%). A maioria (76,8%) compareceu a última consulta com o médico, sendo a frequência de consultas trimestrais a de maior prevalência (38,4%), conforme demonstrado pela tabela 6:

Tabela 6: Distribuição das participantes em relação a interação com os serviços de saúde.

<b>Tempo frequenta o serviço</b>		
<b>Quanto tempo frequenta o serviço, média (meses)</b>	97,5	
<b>Variáveis comportamentais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: CONSULTA CLINICA, n(%)*</b>		
Não	1	0,9
Sim	109	97,3
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: APOIO PSICOLOGICO, n(%)*</b>		
Não	63	56,3
Sim	47	42,0
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: ORIENTAÇÃO FARMACEUTICA, n(%)</b>		

Não	75	67,0
Sim	36	32,1
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: RETIRADA DE INSUMOS, n(%)*</b>		
Não	109	97,3
Sim	2	1,8
<b>Tem algum tratamento relacionado a adesão, n(%)*</b>		
Não	101	90,2
Sim	8	7,1
<b>Consulta com qual profissional, n(%)</b>		
Médico	73	65,2
Enfermeiro	3	2,7
Medico e enfermeiro	32	28,6
<b>Compareceu a última consulta MEDICA, n(%)*</b>		
Não	24	21,4
Sim	86	76,8
<b>Frequência que consulta com o médico, n(%)*</b>		
Nunca	2	1,8
1x por mês	14	12,5
A cada 2 meses	11	9,8
A cada 3 meses	43	38,4
A cada 6 meses	32	28,6
A cada 12 meses	7	6,3
<b>Compareceu a consulta de enfermagem, n(%)*</b>		
Não	61	54,5
Sim	45	40,2
<b>Frequência consulta de enfermagem, n(%)*</b>		
Nunca	30	26,8
1x por mês	13	11,6
a cada 2 meses	3	2,7
a cada 3 meses	10	8,9
a cada 6 meses	9	8,0
a cada 12 meses	12	10,7
Não faz consulta	31	27,7
<b>Com que frequência você consulta com o psicólogo, n(%)*</b>		
Nunca	50	44,6
1x por mês	2	1,8
A cada 3 meses	3	2,7

A cada 12 meses	4	3,6
Não faz consulta	50	44,6
<b>Consulta em alguma UBS aqui no município, n(%)*</b>		
Não	56	50,0
Sim	55	49,1
<b>Frequência que procura a UBS do seu município, n(%)*</b>		
Nunca	55	49,1
1x por mês	15	13,4
a cada 2 meses	3	2,7
a cada 3 meses	9	8,0
a cada 6 meses	15	13,4
a cada 12 meses	13	11,6
<b>Você procura algum profissional específico da UBS aqui no município, n(%)*</b>		
Não	68	60,7
Sim	42	37,5
<b>Qual profissional você procura na UBS, n(%)*</b>		
Nenhum	3	2,7
Enfermeiro	8	7,1
Médico	28	25,0
Agente comunitário	2	1,8
Técnico de enfermagem	2	1,8
Outros	1	0,9
<b>Algum profissional da UBS ou Estratégia de Saúde da Família te visita na sua casa, n(%)*</b>		
Não	51	45,5
Sim	60	53,6
<b>Qual profissional, n(%)*</b>		
Nenhum	52	46,4
Enfermeiro	1	0,9
Agente comunitário	52	46,4
<b>Com que frequência fazem visita domiciliar, n(%)</b>		
Nunca	49	43,8
1x por mês	42	37,5
A cada 2 meses	8	7,1
A cada 3 meses	5	4,5
A cada 6 meses	3	2,7
Não sabe	4	3,6

Fonte: Dados da pesquisa.

\* Nem todas as participantes responderam à questão.

Ainda sobre a tabela 6, identificou-se que metade das mulheres com HIV procuram por atendimento nas UBS, enquanto a outra metade prefere ser atendida apenas no SAE. No entanto, 53,6% das participantes recebem visita domiciliar, sendo a maioria dessas visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (46,4%).

### **6.1.2 Adesão a TARV e seus fatores relacionados**

Em relação ao grau de adesão à TARV, das 112 mulheres, 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%). Das 112 mulheres, 7 (6,3%) foram consideradas aderentes (percentil  $\geq 85$ ).

Na Tabela 6, são comparados o grau e o nível de adesão para diferentes variáveis sociodemográficas. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre as mulheres que trabalham, pois dentre as 50 mulheres que não trabalhavam, 25 (50%) tinham grau de adesão estrita enquanto que das 61 que trabalhavam 47 (77%) tinham grau de adesão estrita, e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $P=0,006$ ). Não houve outras diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 entre os fatores sócio-demográficos.

Variáveis Sócio Demográficas		Grau de adesão			P	>P85		P valor	
		n	Adequada	Estrita		n	Aderentes		Não aderentes
Idade em anos, média±desvio padrão			33,7±7,8	34,7±7,1	0,500 0,705	34,3±7,7	34,4±7,3	0,979	
Raça, n(%)	Branca	68	23 (33,8)	45 (66,2)	0,006	69	5 (7,2)	64 (92,8)	0,816
	Preta	16	6 (37,5)	10 (62,5)		16	-	16 (100,0)	
	Amarela	2	1 (50,0)	1 (50,0)		2	-	2 (100,0)	
	Parda	24	8 (33,3)	16 (66,7)		24	2 (8,3)	22 (91,7)	
	Indígena	1	1 (100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
Trabalha, n(%)	Não	50	25 (50,0)	<b>25 (50,0)</b>	0,657	51	3 (5,9)	48 (94,1)	0,999
	Sim	61	14 (23,0)	<b>47 (77,0)</b>		61	4 (6,6)	57 (93,4)	
Estuda, n(%)	Não	93	34 (36,6)	59 (63,4)	0,853	94	5 (5,3)	89 (94,7)	0,313
	Sim	18	5 (27,8)	13 (72,2)		18	2 (11,1)	16 (88,9)	
Independente economicamente, n(%)	Não	40	15 (37,5)	25 (62,5)	0,070	40	2 (5,0)	38 (95,0)	0,884
	Sim	71	24 (33,8)	47 (66,2)		72	5 (6,9)	67 (93,1)	
Renda mensal, n(%)	1 salário	33	15 (45,5)	18 (54,5)	0,394	34	2 (5,9)	32 (94,1)	0,871
	1-2 salários	47	19 (40,4)	28 (59,6)		47	3 (6,4)	44 (93,6)	
	2-3 salários	24	4 (16,7)	20 (83,3)		24	2 (8,3)	22 (91,7)	
	4 salários ou mais	7	1 (14,3)	6 (85,7)		7	-	7 (100,0)	
Como se identifica, n(%)	Homem	3	1 (33,3)	2 (66,7)	0,287	3	-	3 (100,0)	0,762
	Mulher	107	37 (34,6)	70 (65,4)		108	7 (6,5)	101 (93,5)	
	Transexual	1	1 (100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
Situação Conjugal, n(%)	Solteira	24	10 (41,7)	14 (58,3)	0,287	24	1 (4,2)	23 (95,8)	0,762
	Casada	39	11 (28,2)	28 (71,8)		40	2 (5,0)	38 (95,0)	
	União estável	32	11 (34,4)	21 (65,6)		32	3 (9,4)	29 (90,6)	
	Separada	6	2 (33,3)	4 (66,7)		6	1 (16,7)	5 (83,3)	
	Divorciada	5	4 (80,0)	1 (20,0)		5	-	5 (100,0)	
	Viúva	5	1 (20,0)	4 (80,0)		5	-	5 (100,0)	

Escolaridade, n(%)				0,786				0,386
	Até primeiro grau completo	40	13 (32,5)	27 (67,5)		41	2 (4,9)	39 (95,1)
	Até segundo grau completo	38	15 (39,5)	23 (60,5)		38	4 (10,5)	34 (89,5)
	Graduação incompleta ou mais	33	11 (33,3)	22 (66,7)		33	1 (3,0)	32 (97,0)

---

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 8 são comparados o grau de adesão e o nível de adesão entre os fatores clínicos. Das 56 mulheres que disseram não ter interrompido o tratamento, 45 (80,4%) tinham grau de adesão estrita e das 55 que disseram ter interrompido, 27 (49,1%) tinham adesão estrita, havendo diferença estatisticamente significativa ( $P=0,001$ ).

A mediana do número de comprimidos utilizados para os aderentes foi de 1 comprimido (intervalo interquartil de 1 a 3) enquanto a mediana dos não aderentes foi de 3 (intervalo interquartil de 1 a 4), sendo que os aderentes usam menos comprimidos que os não aderentes ( $P=0,024$ ).

Ainda, das 25 mulheres pesquisadas com alguma alteração no exame preventivo, 8 tinham um escore de adesão adequado (32,0%) e 17 (68%) tinham um nível de adesão estrito. Já das 83 sem alterações 1 tinha um nível ruim (1,2%), 28 (33,7%) adequado e 54 (65,1%) estrito. Não houve associação entre a presença de alterações no exame preventivo e o grau de adesão à TARV ( $P=0,842$ ). Ademais, também foi possível identificar que a média da contagem das células CD4+, dentre as infectadas pelo HPV, foi de 713 células/mm<sup>3</sup> e a maioria (80%) com carga viral indetectável.

Na Tabela 9 são associados os fatores comportamentais com o grau e nível de adesão ao tratamento. Das 67 pacientes que não ingerem bebida alcoólica 7 (10,4%) são aderentes e das 45 que bebem nenhuma é aderente, havendo relação estatisticamente significativa entre a ingestão de bebida alcoólica e a adesão ao tratamento ( $P=0,040$ ). Das 71 pacientes que não bebem cerveja 52 (73,2%) tinham adesão estrita enquanto das 40 que bebem 20 (50%) tem adesão estrita, havendo associação estatisticamente significativa entre a ingestão de cerveja e o grau de adesão ( $P=0,024$ ). Também 9,7% das que não bebem cerveja são aderentes enquanto nenhuma das que bebem cerveja foram consideradas aderentes ( $P=0,049$ ). Em relação à frequência de uso de preservativo houve associação com ter um grau de adesão estrita. Das que usam preservativo às vezes houve 47,6% com adesão estrita, menos do que o esperado, assim como no grupo dos que dizem usar sempre onde nenhuma teve adesão estrita ( $P=0,013$ ).

Das 24 pacientes que não compareceram a última consulta médica, 10 (41,7%) tem adesão estrita enquanto das 86 que compareceram 62 (72,1%) tiveram adesão estrita, havendo associação estatisticamente significativa entre comparecimento à última consulta médica e o grau de adesão ( $P=0,011$ ).

Tabela 8: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 para os fatores clínicos.

Variáveis clínicas	Grau de adesão			P Valor	>P85			P Valor
	n	Adequada	Estrita		Aderentes	Não aderentes		
Como adquiriu HIV, n(%)				0,052				0,764
Relação sexual	84	30 (35,7)	54 (64,3)		85	6 (7,1)	79 (92,9)	
Drogas injetáveis	-	-	-		-	-	-	
Transfusão sanguínea	-	-	-		-	-	-	
Transmissão vertical	5	4 (80,0)	1 (20,0)		5	-	5 (100,0)	
Não sabe	22	5 (22,7)	17 (77,3)		22	1 (4,5)	21 (95,5)	
Tempo de diagnóstico em meses completos, média±desvio padrão		133,1±99,3	114,6±83,7	0,301		108,7±79,7	123,2±90,8 3287 (655-17991)	0,682
Carga viral plasmática (nº cópias/ml), mediana (IIQ)		1215 (600-6087)	4663(804-17991)	0,545		*		-
Contagem de Células TCD4 em nº células, média±desvio padrão		774,7±431,6	762,9±326,5	0,872		789,7±342,0	758,3±373,8	0,829
Tempo de uso de TARV em meses completos, mediana (IIQ)		60 (36-156)	84 (24-132)	0,378		84 (12-156)	78 (36-153)	0,589
Já interrompeu tratamento, n(%)								
Não	56	11 (19,6)	<b>45 (80,4)</b>	<b>0,001</b>		4 (7,1)	52 (92,9)	0,999
Sim	55	28 (50,9)	<b>27 (49,1)</b>			3 (5,4)	53 (94,6)	
Possui outra doença infecciosa, n(%)				0,127				
Não	106	36 (34,0)	70 (66,0)		07	7 (6,5)	100 (93,5)	0,999
Sim	4	3 (75,0)	1 (25,0)			-	4 (100,0)	
Tem ou teve outra IST além do HIV, n(%)				0,998				
Não	86	31 (36,0)	55 (64,0)		7	5 (5,7)	82 (94,3)	0,999
Sim	15	6 (40,0)	9 (60,0)		5	1 (6,7)	14 (93,3)	
Se sim, qual IST, n(%)				0,082				
HPV	5	-	5 (100,0)			1 (20,0)	4 (80,0)	0,343
Hep. B	1	-	1 (100,0)			-	1 (100,0)	
Gonorreia	-	-	-			-	-	
Clamídia	-	-	-			-	-	
Sífilis	9	5 (55,6)	4 (44,4)			-	9 (100,0)	
Vaginose	-	-	-			-	-	
Outra	-	-	-			-	-	

Está ou esteve em tratamento para outra IST, n(%)					0,999				0,571
Não	94	33 (35,1)	61 (64,9)			5	5 (5,3)	90 (94,7)	
Sim	14	5 (35,7)	9 (64,3)			4	1 (7,1)	13 (92,9)	
Ultima vez que fez exame preventivo, n(%)					0,454				0,848
Nunca coletou	6	1 (16,7)	5 (83,3)				1 (14,3)	6 (85,7)	
1 ano ou menos	66	24 (36,4)	42 (63,6)			6	3 (4,5)	63 (95,5)	
Entre 1 e 3 anos	27	8 (29,6)	19 (70,4)			7	2 (7,4)	25 (92,6)	
Entre 3 e 5 anos	1	-	1 (100,0)				-	1 (100,0)	
Mais de 5 anos	11	6 (54,5)	5 (45,5)			1	1 (9,1)	10 (90,9)	
Resultado do exame preventivo, n(%)					0,487				0,910
Sem alterações	82	28 (34,1)	54 (65,9)			3	6 (7,2)	77 (92,8)	
Alterações citológicas	5	1 (20,0)	4 (80,0)				-	5 (100,0)	
IST (vaginose, Cândida)	1	1 (100,0)	-				-	1 (100,0)	
Inflamação	23	10 (31,6)	13 (68,4)			9	1 (5,3)	18 (94,7)	
Classe de medicamentos antirretrovirais utilizada, n(%)					0,133				0,193
Sem registro no SICLOM	1	1 (100,0)	-				-	1 (100,0)	
ITRN	22	11 (50,0)	11 (50,0)			2	1 (4,5)	21 (95,5)	
ITRNN	-	-	-				-	-	
IP	3	-	3 (100,0)				-	3 (100,0)	
Inibidores de Fusão	-	-	-				-	-	
Inibidores da Integrase	1	-	1 (100,0)				-	1 (100,0)	
ITRN +ITRNN	31	7 (22,6)	24 (77,4)			1	5 (16,1)	26 (83,9)	
Dentre asITRN+ IP	53	20 (37,7)	33 (62,3)			4	1 (1,9)	53 (98,1)	
ITRN + IP +ITRNN	-	-	-				-	-	
Quantidade de comprimidos, mediana									
(IIQ)		3 (2-5)	3 (1-3)		0,160		1 (1-3)	3 (1-4)	<b>0,024</b>
Frequência que toma comprimidos, n(%)					0,817				
Nunca	1	-	1 (100,0)				1 (100,0)	-	

1-3 vezes	103	36 (35,0)	67 (65,0)	04	5 (4,8)	<b>99 (95,2)</b>	<b>&lt;0,001</b>
4-5 vezes	3	1 (33,3)	2 (66,7)		-	3 (100,0)	
6-10 vezes	4	2 (50,0)	2 (50,0)		1 (25,0)	3 (75,0)	
Mais de 10 vezes	-					-	

Fonte: Dados da pesquisa. ITRN: Inibidores Nucleosídeos de Transcriptase Reversa; ITRNN: Inibidores Não Nucleosídeos de Transcriptase Reversa; IP: Inibidores de Protease. IIQ: intervalo interquartil (percentis 25 e 75). Variáveis categóricas comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher e quantitativas com distribuição normal pelo teste t de Student para amostras independentes ou pelo teste de Mann Whitney para as assimétricas. \* Carga viral indetectável.

Tabela 9: Tabela comparativa do grau de adesão e da adesão acima do P85 entre os fatores comportamentais

Variáveis comportamentais	Grau de adesão		P	>P85		P			
	Adequada	Estrita		n	Aderentes		Não aderentes		
Ingere bebida alcoólica, n(%)	Não	66	18 (27,3)	48 (72,7)	67	<b>7 (10,4)</b>	60 (89,6)	<b>0,058</b>	<b>0,040</b>
	Sim	45	21 (46,7)	24 (53,3)	45	-	45 (100,0)		
Frequência de bebida alcoólica, n(%)	Nunca	66	18 (27,3)	48 (72,7)	67	7 (10,4)	60 (89,6)	0,067	0,171
	Uma vez por mês ou menos	24	9 (37,5)	15 (62,5)	24	-	24 (100,0)		
	2 - 4 vezes por mês	20	11 (55,0)	9 (45,0)	20	-	20 (100,0)		
	2-3 vezes na semana	1	1 (100,0)	-	1	-	1 (100,0)		
	4 ou mais vezes na semana	-	-	-	-	-	-		
Tipo de bebida: CERVEJA, n(%)	Não	71	19 (26,8)	<b>52 (73,2)</b>	72	<b>7 (9,7)</b>	65 (90,3)	<b>0,024</b>	<b>0,049</b>
	Sim	40	20 (50,0)	<b>20 (50,0)</b>	40	-	40 (100,0)		
Tipo de bebida: VINHO, n(%)	Não	102	36 (35,3)	66 (64,7)	103	7 (6,8)	96 (93,2)	0,999	0,999
	Sim		3 (33,3)	6 (66,7)		-	9 (100,0)		
Tipo de bebida: DESTILADOS, n(%)	Não	108	37 (34,3)	71 (65,7)	109	7 (6,4)	102 (93,6)	0,282	0,999
	Sim	3	2 (66,7)	1 (33,3)	3	-	3 (100,0)		
Usa drogas (licitas e ilícitas) , n(%)	Não	84	28 (33,3)	56 (66,7)	85	5 (5,9)	80 (94,1)	0,639	0,674
	Sim	27	11 (40,7)	16 (59,3)	27	2 (7,4)	25 (92,6)		

Frequência uso de droga, n(%)s					0,319				0,893
	Nunca	85	28 (32,9)	57 (67,1)		86	5 (5,8)	81 (94,2)	
	Uma vez por mês ou menos	-	-	-		-	-	-	
	2 - 4 vezes por mês	1	1 (100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
	2-3 vezes na semana	-	-	-		-	-	-	
	4 ou mais vezes na semana	25	10 (40,0)	15 (60,0)		25	2 (8,0)	23 (92,0)	
Qual tipo de droga, n(%)					0,528				0,941
	Não usa drogas	84	28 (33,3)	56 (66,7)		85	5 (5,9)	80 (94,1)	
	Cigarro	24	9 (37,5)	15 (62,5)		24	2 (8,3)	22 (91,7)	
	Maconha	2	1 (50,0)	1 (50,0)		2	-	2 (100,0)	
	Cocaína	1	1 (100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
	Crack	-	-	-		-	-	-	
	Drogas sintéticas	-	-	-		-	-	-	
Você deixar de tomar seus medicamentos (TARV) para fazer uso de álcool ou de drogas, n(%)					0,612				0,999
	Não	107	37 (34,6)	70 (65,4)		108	7 (6,5)	101 (93,5)	
	Sim	4	2 (50,0)	2 (50,0)		4	-	4 (100,0)	
Frequência que isso acontece, n(%)					0,230				0,901
	Nunca	106	37 (34,9)	69 (65,1)		107	7 (6,5)	100 (93,5)	
	Uma vez por mês ou menos	2	-	2 (100,0)		2	-	2 (100,0)	
	2 - 4 vezes por mês	1	1 (100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
	2-3 vezes na semana	-	-	-		-	-	-	
	4 ou mais vezes na semana	-	-	-		-	-	-	
Orientação sexual, n(%)					0,060				0,901
	Homossexual	107	36 (33,6)	71 (66,4)		108	7 (6,5)	101 (93,5)	
	Heterossexual		(100,0)	-		1	-	1 (100,0)	
	Bissexual		(100,0)	-		2	-	2 (100,0)	
Quantas relações sexuais no último mês, mediana (IIQ)			5 (1-12)	4 (2-10)	0,990		4 (2-5)	4 (1-10)	0,686
Se não no último mês, quantas no último ano, mediana (IIQ)			1 (0-4)	3 (0-8)	0,574		0 (0-0)	1 (0-5)	0,375
Faz uso de preservativos, n(%)					0,401				0,999

	Não	30	8 (26,7)	22 (73,3)		30	2 (6,7)	28 (93,3)	
	Sim	80	30 (37,5)	50 (62,5)		81	5 (6,2)	76 (93,8)	
Frequência que usa preservativos, n(%)	Nunca	31	8 (25,8)	23 (74,2)		31	2 (6,5)	29 (93,5)	0,509
	Sempre	54	15 (27,8)	39 (72,2)	<b>0,013</b>	55	5 (9,1)	50 (90,9)	
	As vezes	21	11 (52,4)	<b>10 (47,6)</b>		21	-	21 (100,0)	
	Na maioria das vezes	3	3 (100,0)	-		3	-	3 (100,0)	
Quanto tempo frequenta o serviço, mediana (IIQ)			70	72 (18-156)	0,216		84 (12-156)	84 (24-168)	0,662
Tipo de atividades que faz no serviço: CONSULTA CLINICA, n(%)					0,999				
	Não	1	-	1 (100,0)		1	-	1 (100,0)	0,999
	Sim	109	109 (34,9)	71 (65,1)		110	7 (6,4)	103 (93,6)	
Tipo de atividades que faz no serviço: APOIO PSICOLOGICO, n(%)					0,999				0,454
	Não	63	63 (34,9)	41 (65,1)		64	3 (4,7)	61 (95,3)	
	Sim	47	16 (34,0)	31 (66,0)		47	4 (8,5)	43 (91,5)	
Tipo de atividades que faz no serviço: ORIENTAÇÃO FARMACEUTICA, n(%)					0,432				0,679
	Não	75	24 (32,0)	51 (68,0)		76	4 (5,3)	72 (94,7)	
	Sim	36	15 (41,7)	21 (58,3)		36	3 (8,3)	33 (91,7)	
Tipo de atividades que faz no serviço: RETIRADA DE INSUMOS, n(%)					0,999				0,999
	Não	109	38 (34,1)	71 (65,1)		110	7 (6,4)	103 (93,6)	
	Sim	2	1 (50,0)	1 (50,0)		2	-	2 (100,0)	
Tem algum tratamento relacionado a adesão, n(%)					0,999				0,999
	Não	101	34 (33,7)	67 (66,3)		102	7 (6,9)	95 (93,1)	
	Sim	8	3 (37,5)	5 (62,5)		8	-	8 (100,0)	
Consulta com qual profissional, n(%)					0,050				0,671
	Médico	73	23 (31,5)	50 (68,5)		74	4 (5,4)	70 (94,6)	
	Enfermeiro	3	3 (100,0)	-		3	-	3 (100,0)	
	Medico e enfermeiro	32	11 (34,4)	21 (65,6)		32	3 (9,4)	29 (90,6)	
Compareceu a última consulta MEDICA, n(%)					<b>0,011</b>				0,346
	Não	24	14 (58,3)	<b>10 (41,7)</b>		25	-	25 (100,0)	

Frequência que consulta com o medico, n(%)	Sim	86	24 (27,9)	<b>62 (72,1)</b>		86	7 (8,1)	79 (91,9)	0,642
	Nunca	2	-	2 (100,0)		2	-	2 (100,0)	
	1x por mês	14	5 (35,7)	9 (64,3)	0,379	14	2 (14,3)	12 (85,7)	
	A cada 2 meses	11	6 (54,5)	5 (45,5)		12	-	12 (100,0)	
	A cada 3 meses	43	17 (39,5)	26 (60,5)		43	2 (4,7)	41 (95,3)	
	A cada 6 meses	32	9 (28,1)	23 (71,9)		32	2 (6,2)	30 (93,8)	
	A cada 12 meses	7	1 (14,3)	6 (85,7)		7	1 (14,3)	6 (85,7)	
Compareceu a consulta de enfermagem, n(%)					0,999			0,454	
	Não	61	21 (34,4)	40 (65,6)		61	3 (4,9)	58 (95,1)	
	Sim	45	15 (33,3)	30 (66,7)		45	4 (8,9)	41 (91,1)	
Frequência consulta de enfermagem, n(%)					0,822			0,104	
	Nunca	30	10 (33,3)	20 (66,7)		30	3 (10,0)	27 (90,0)	
	1x por mês	13	5 (38,5)	8 (61,5)		13	3 (23,1)	10 (76,9)	
	a cada 2 meses	3	-	3 (100,0)		3	-	3 (100,0)	
	a cada 3 meses	10	2 (20,0)	8 (80,0)		10	1 (10,0)	9 (90,0)	
	a cada 6 meses	9	3 (33,0)	6 (66,7)		9	-	9 (100,0)	
	a cada 12 meses	12	5 (41,7)	7 (58,3)		12	-	12 (100,0)	
	Não faz consulta	31	11 (35,5)	20 (64,5)		31	-	31 (100,0)	
Com que frequência você consulta com o psicólogo, n(%)					0,123			0,933	
	Nunca	50	17 (34,0)	33 (66,0)		50	4 (8,0)	46 (92,0)	
	1x por mês	2	2 (100,0)	-		2	-	2 (100,0)	
	A cada 2 meses	-	-	-		-	-	-	
	A cada 3 meses	3	2 (66,7)	1 (33,3)		3	-	3 (100,0)	
	A cada 6 meses	-	-	-		-	-	-	
	A cada 12 meses	4	-	4 (100,0)		4	-	4 (100,0)	
	Não faz consulta	50	17 (34,0)	33 (66,0)			(6,0)	47 (94,0)	
Você consulta em alguma UBS aqui no município? , n(%)					0,743			0,999	
	Não	56	21 (37,5)	35 (62,5)			(7,1)	52 (92,9)	
	Sim	55	18 (32,7)	37 (67,3)			(5,4)	53 (94,6)	
Com que frequência você procura a UBS do seu município, n(%)					0,415			0,355	
	Nunca	55	21 (38,2)	34 (61,8)			(7,3)	51 (92,7)	
	1x por mês	15	7 (46,7)	8 (53,3)			-	16 (100,0)	
	a cada 2 meses	3	-	3 (100,0)			(33,3)	2 (66,7)	
	a cada 3 meses	9	3 (33,3)	6 (66,7)			-	9 (100,0)	
	a cada 6 meses	15	5 (33,3)	10 (66,7)			(6,7)	14 (93,3)	

Você procura algum profissional específico da UBS aqui no município, n(%)	a cada 12 meses	13	2 (15,4)	11 (84,6)		(7,7)	12 (92,3)	0,677	0,704
	Não	68	25 (36,8)	43 (63,2)		(7,4)	63 (92,6)		
Qual profissional você procura na UBS, n(%)	Sim	42	13 (31,0)	29 (69,0)		(4,7)	41 (95,3)	0,155	0,453
	Nenhum	3	-	3 (100,0)		(33,3)	2 (66,7)		
	Enfermeiro	8	1 (12,5)	7 (87,5)		(12,5)	7 (87,5)		
	Médico	28	10 (35,7)	18 (64,3)		(3,4)	28 (96,6)		
	Agente comunitário	2	2 (100,0)	-	2	-	2 (100,0)		
	Técnico de enfermagem	2	1 (50,0)	1 (50,0)	2	-	2 (100,0)		
	Outros	1	-	1 (100,0)	1	-	1 (100,0)		
Algum profissional da UBS ou Estratégia de Saúde da Família te visita na sua casa, n(%)	Não	51	20 (39,2)	31 (60,8)	0,528			0,999	
	Sim	60	19 (31,7)	41 (68,3)		52	3 (5,8)		49 (94,2)
Qual profissional, n(%)					0,546	60	4 (6,7)	56 (93,3)	0,665
	Nenhum	52	20 (38,5)	32 (61,5)		52	2 (3,8)	51 (96,2)	
	Enfermeiro	1	-	1 (100,0)		1	-	1 (100,0)	
	Médico	-	-	-		-	-	-	
	Agente comunitário	52	16 (30,8)	36 (69,2)		52	4 (7,7)	48 (92,3)	
	técnico de enfermagem	-	-	-		-	-	-	
	Outros	-	-	-		-	-	-	
Com que frequência fazem visita domiciliar, n(%)					0,572				0,275
	Nunca	49	18 (37,6)	31 (63,3)		50	3 (6,0)	47 (94,0)	
	1x por mês	42	14 (33,3)	28 (66,7)		42	2 (4,8)	40 (95,2)	
	A cada 2 meses	8	2 (25,0)	6 (75,0)		8	-	8 (100,0)	
	A cada 3 meses	5	3 (60,0)	2 (40,0)		5	1 (20,0)	4 (80,0)	
	A cada 6 meses	3	-	3 (100,0)		3	1 (33,3)	2 (66,7)	
	A cada 12 meses	-	-	-		-	-	-	
	Não sabe	4	2 (50,0)	2 (50,0)		4	-	4 (100,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Variáveis categóricas comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher e quantitativas com distribuição assimétrica pelo teste de Mann Whitney. IIQ: intervalo interquartil (percentis 25 e 75)

## 6.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

Neste tópico serão apresentados os resultados da etapa qualitativa da pesquisa.

### 6.2.1 Caracterização dos participantes

Na etapa qualitativa da pesquisa, participaram 42 pessoas, destas 31 eram profissionais de saúde, sendo 09 profissionais atuantes no Serviço de Atendimento Especializado e 22 profissionais atuantes no contexto da Atenção Primária a Saúde e 11 mulheres com HIV/Aids. Foram distribuídos em três grupos amostrais, conforme o método de pesquisa adotado. Os quadros 06 e 07 detalham o perfil dos participantes.

Quadro 6: Perfil dos participantes do grupo 01 e 02.

<b>Grupo amostral</b>	<b>Código</b>	<b>Profissão</b>	<b>Local</b>	<b>Tempo atuação local da pesquisa</b>
<b>PRIMEIRO GRUPO</b>	PCER1	Psicólogo	SAE	09 meses
	PCER2	Téc. Enfemagem	SAE	12 anos
	PCER3	Téc. Enfemagem	SAE	02 anos
	PCER4	Médico	SAE	11 anos
	PCER5	Médico	SAE	1 ano
	PCER6	Enfermeiro	SAE	16 anos
	PCER7	Enfermeiro	SAE	20 anos
	PCER8	Téc. Enfermagem	SAE	03 anos
	PCER9	Psicólogo	SAE	02 anos
<b>SEGUNDO GRUPO</b>	PESF1	Enfermeiro	UBS	19 anos
	PESF2	Médico	UBS	01 ano
	PESF3	ACS	UBS	01 ano
	PESF4	ACS	UBS	09 anos
	PESF5	Enfermeiro	UBS	06 anos
	PESF6	Tec. Enfermagem	UBS	12 anos
	PESF7	ACS	UBS	06 anos
	PESF8	ACS	UBS	08 anos
	PESF9	ACS	UBS	11 anos

	PESF10	Médico	UBS	10 anos
	PESF11	ACS	UBS	07 anos
	PESF12	Téc. Enfermagem	UBS	07 anos
	PESF13	ACS	UBS	03 anos
	PESF14	Enfermeiro	UBS	15 anos
	PESF15	Médico	UBS	05 anos
	PESF16	ACS	UBS	13 anos
	PESF17	ACS	UBS	16 anos
	PESF18	ACS	UBS	14 anos
	PESF19	ACS	UBS	07 anos
	PESF20	Enfermeiro	UBS	17 anos
	PESF21	ACS	UBS	16 anos
	PESF22	Enfermeiro	UBS	02 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 7: Perfil dos participantes do grupo 03.

<b>Grupo amostral</b>	<b>Código</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo Diagnóstico</b>
<b>TERCEIRO GRUPO</b>	Mulher1	32 anos	6 anos
	Mulher2	36 anos	15 anos
	Mulher3	38 anos	21 anos
	Mulher4	22 anos	22 anos
	Mulher5	28 anos	10 anos
	Mulher6	24 anos	01 ano
	Mulher7	33 anos	09 anos
	Mulher8	42 anos	25 anos
	Mulher9	26 anos	04 anos
	Mulher10	37 anos	07 anos
	Mulher11	27 anos	08 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6.2.2 Construção do modelo paradigmático

Como primeira etapa de construção do modelo paradigmático, inseriu-se as 42 entrevistas no *Software N-VIVO* e se iniciou a leitura linha a linha (codificação aberta), na qual foram criados os códigos iniciais. Concomitantemente a criação dos códigos, elaborou-se os memorandos/memos, os quais se relacionavam aos aspectos observados durante as entrevistas e as falas dos entrevistados e, gradativamente, foram progredindo em profundidade e agregando referências com vistas a unir produções que sustentavam as ideias que surgiam.

Na sequência, os códigos iniciais gerados durante a codificação aberta, passaram por uma releitura e, neste momento, aqueles considerados semelhantes foram reagrupados. Todos esses códigos foram nominados durante a construção dos “nós”, este é um recurso do *Software* utilizado que possibilita a organização dos códigos a partir de atributos semelhantes e, embora eles não se refiram a categorias em si, os mesmos contribuíram para o momento de categorização e construção do fenômeno, uma vez que instigaram a busca para a questão: “O que está acontecendo aqui?”. Em outras palavras, conforme Corbin & Strauss (2015), essa pergunta responde a problemas e situações em que as pessoas se encontram.

Nesse contexto, à medida que o processo de codificação avançou, percebeu-se que as categorias possuíam subcategorias que as qualificavam porque permitiam explicar a ocorrência do fenômeno. O procedimento de relacionar as categorias às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos faz parte da codificação axial (CORBIN, STRAUSS, 2015).

Ainda, os memorandos e diagramas permitiram a compreensão das relações e o entendimento do papel que as categorias exerceriam sobre o modelo paradigmático. Por fim, a nomeação das categorias partiu dos elementos contidos nas falas dos participantes.

Nesta pesquisa, a construção do modelo paradigmático proposto por Corbin e Strauss (2015) surgiu como algo importante, pois elucidou as relações entre as categorias, além de ilustrar e contextualizar o fenômeno. Para esses autores, os componentes básicos do paradigma são:

- Condições - explicam por que, como, quando e de que forma as pessoas respondem ao fenômeno;
- Ações e interações - são as verdadeiras respostas que as pessoas ou grupos têm aos eventos ou situações problemáticas que ocorrem em suas vidas. Respondem questões para identificar os significados ou qual particular ação/ interação foram tomadas para chegar a tais condições;

- Consequências - alteram a situação e afetam o fenômeno garantindo explicações mais completas, ou seja, são os resultados das ações e interações. Elas podem ser de ordem física, psicológica ou social.

Desta forma, estes três componentes atuam juntos para criação da categoria central, o fenômeno da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015) que neste estudo intitula-se **“Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV, os serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento”** a qual foi fundamentada a partir da articulação das 05 categorias e 08 subcategorias. Ressaltamos que para esta pesquisa as categorias foram derivadas dos dados em consonância com o referencial teórico adotado.

O fenômeno descrito está sustentado em seus três componentes, sendo o primeiro referente às condições, este é representado pelas categorias: **“Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV”** e **Defrontando o momento do diagnóstico** e suas subcategorias: *Enfrentando as Fragilidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV; Identificando as potencialidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV*; em seguida, as ações e interações são sustentadas nas categorias **“Significando a escolha pelos Serviços de Saúde”** e **“Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV”**, com as respectivas subcategorias *Revelando os motivos de escolha pela Atenção Primária sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV; Revelando os motivos de escolha pelo Serviço Especializado sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV; Integrando os serviços como estratégia para manter as mulheres com HIV aderentes ao tratamento*. E, como consequências, observa-se a categoria **“Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento”**, a qual tem como subcategorias: *Revelando o processo de aceitação do diagnóstico para aprender a conviver com o HIV; Superando os desafios do abandono e do retorno ao tratamento; Identificando o papel dos profissionais de saúde no processo de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento*.

Desta forma, observou-se que as condições corresponderam a integração de vários fatores, passando pelo momento do diagnóstico, acolhida pelos serviços de saúde, enfrentamento das fragilidades dos serviços e identificação da potencialidade deles como pontos importantes no processo de adesão ao tratamento.

Já no componente das ações e interações, foi possível identificar quais eram os fatores que influenciavam na escolha por um ou por outro serviço de saúde e de que forma essa escolha era percebida como um ponto que favorecesse a adesão ao tratamento. Ademais, observou-se

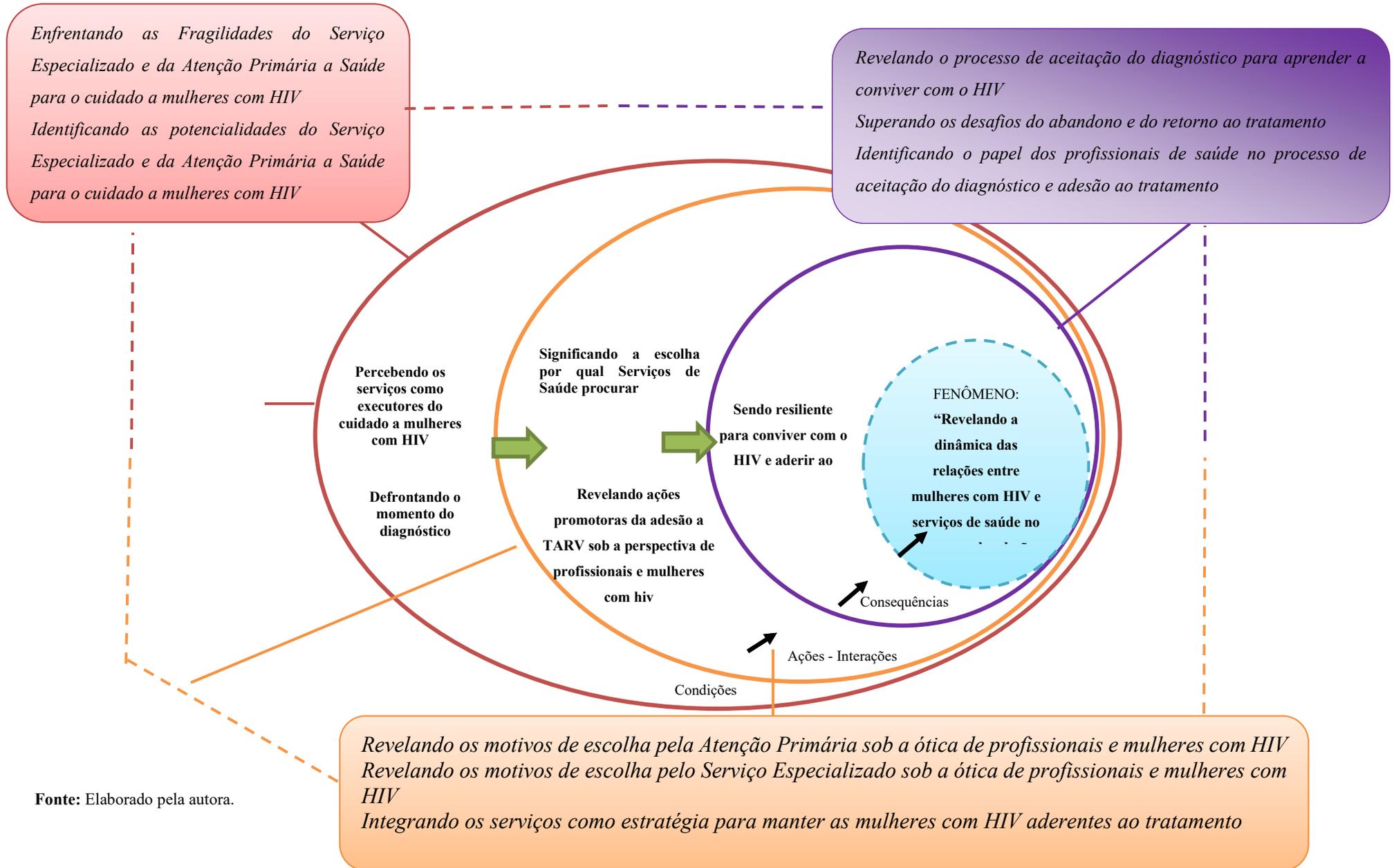
neste componente as ações desempenhadas pelos serviços (em conjunto ou isoladas) que também foram percebidas como ações promotoras da adesão ao tratamento.

No componente consequências, percebemos que a resiliência faz parte do processo de aceitação de adesão ao tratamento, e neste momento, usa-se a palavra processo tendo em vista aderir ao tratamento é uma ação contínua que sofrerá múltiplas influências, caracterizando, assim, a complexidade de todo esse universo que compreende o conviver com HIV e em especial na saúde da mulher, que em seu contexto de vida exerce múltiplos papéis que hora favorecem a adesão e hora dificultam a adesão. E é nesse momento que as ações dos profissionais e serviços de saúde se fazem necessárias, empoderando essas mulheres, tornando-as protagonistas no seu tratamento e desta forma, garantindo-lhes a autonomia necessária para a tomada de decisão acerca do cuidado de si.

Por fim, sob a perspectiva da complexidade de Morin (2008), na qual algo que é constituído em conjunto, ao final se torna único, entrelaçado tal qual a trama de um tecido que forma a unidade da complexidade, é pertinente destacar que todos esses componentes estão interligados e juntos constituem a essência do fenômeno observado.

A figura a seguir representa a organização do modelo paradigmático construído neste estudo.

Figura 6: Representação gráfica do modelo paradigmático



Fonte: Elaborado pela autora.

## Condições

Podemos observar que as **condições**, estiveram relacionadas, primeiramente com a descoberta do HIV e toda a complexidade que este fato abarca, percebeu-se pelas falas que o medo do desconhecido esteve presente quase a todo momento e que, muitas vezes, a descoberta em circunstâncias adversas fez com que essa mulher tivesse maior dificuldade de aceitar e compreender sua nova condição de saúde, como podemos observar na categoria a seguir:

### 6.3 CATEGORIA: DEFRONTANDO O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO

Tanto dar quanto receber o diagnóstico de HIV é um momento delicado na vida de quem dá ou recebe a informação. Normalmente quem recebe a notícia associa o diagnóstico de HIV com a terminalidade da vida, pois muitas vezes isso acontece em um momento em que o estado de saúde da mulher já está fragilizado:

*“[...] Eu descobri quando fiquei bem doente, eu fiquei muito, muito mal, emagreci muito e eu não sabia o que podia ser [...] aí depois de fazer muitos exames eu descobri a doença! Foi um choque que só [...]” (Mulher 1)*

*“[...] eu descobri através de um exame que o ginecologista pediu [...]” (Mulher 2)*

*“Eu descobri que peguei através de um namorado que depois virou meu marido e hoje ele já é falecido. Foi através dele que eu contrai o HIV. Descobrimos que ele tinha quando ele já estava muito doente no hospital [...] eu, tenho essa doença faz vinte e dois anos [...] posso dizer que demorei muito para aceitar, não é fácil aceitar.” (Mulher 3).*

O diagnóstico também pode acontecer em um momento em que a mulher não espera, como por exemplo, durante o pré-natal:

*“eu descobri na primeira gravidez, foi um momento complicado, eu estava ali para fazer o pré-natal e de repente recebi uma bomba. Na hora que me falaram eu chorei muito, chorava de soluçar.” (Mulher 10)*

*“Quando eu descobri foi um choque.... um pânico! Eu estava grávida, tinha 16 anos. Eu nunca imaginei que poderia ter HIV” (Mulher 7)*

O que fica claro é que independentemente do momento em que o diagnóstico ocorreu, receber a notícia não foi fácil para as mulheres:

*“[...] quem falou pra mim que eu tinha HIV foi uma psicóloga. Na hora o impacto foi tão grande para mim! Eu tinha certeza de que ia morrer partir dali... eu saí do consultório apavorada, como se tivesse recebido uma sentença de morte, foi bem apavorante essa situação.” (Mulher 4)*

*“Não foi fácil! Porque ninguém está preparado para descobrir isso! E, para mim foi bem intenso! Tive depressão por causa disso por muito tempo.” (Mulher 6)*

*“Ah, na hora que descobri, foi um baque, né? E... foi durante um atendimento de rotina, a enfermeira veio e me falou que eu tinha HIV [...] eu lembro que nesse dia estava ali consultando porque estava com diarreia” (Mulher 11)*

*“Olha, na época eu era muito novinha, tinha dezessete anos. Então, não eu não levei em conta e não sabia a gravidade do problema, né? Aí,*

*quando eu contei pra minha família, muitos disseram que era mentira, que não era possível, não acreditaram... Logo depois muitos me criticaram, né? Muitos se afastaram de mim, e hoje, eu não tenho da família, eu não tenho ninguém por perto para me apoiar nesse sentido.” (Mulher 3)*

No entanto, como dito anteriormente, dar a notícia também não é uma tarefa fácil, e este momento é considerado como um dos mais importantes pelos profissionais, pois é um dos principais momentos que se tenta criar um vínculo com as mulheres. E este vínculo é muito importante para adesão ao tratamento no futuro:

*“[...] muitas me dizem que isso é uma sentença de morte. Quando percebo essas falas, esse sentimento, já vou trabalhando com elas essas questões. Depois de um tempo eu vou percebendo que elas vão aceitando e começam a aderir com mais facilidade.” (PSEF 07)*

*“a gente sabe como conversar, como entrar no íntimo, como... como dar o diagnóstico e já falar do tratamento, mas na maioria das vezes elas não se sentem preparadas para ouvir muitas coisas, para aceitar muitas coisas. É um momento difícil.” (PCER 02).*

### 6.3 CATEGORIA: PERCEBENDO OS SERVIÇOS COMO EXECUTORES DO CUIDADO A MULHERES COM HIV

Para nós, profissionais da saúde, o ato de cuidar vai além de prestar um atendimento a partir das nossas habilidades técnicas adquiridas na graduação, o cuidar, remete a dar atenção,

acolher, a proporcionar um sentimento de satisfação e, considerando a complexidade que abarca o cuidado na esfera do HIV, faz-se necessário compreender as potencialidades e as fragilidades que envolvem os serviços de saúde como condições que interferem na adesão.

### **6.3.1 Enfrentando as fragilidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV**

O cuidado realizado tanto no SAE quanto na APS, em alguns momentos, carece de atenção e, por vezes, essa fragilidade pode impactar na qualidade do atendimento. Pode-se observar nesta pesquisa que os profissionais muitas vezes pontuaram situações que, na percepção deles, fazem a diferença no cotidiano de quem recebe cuidados, neste caso, voltado para o HIV.

Alguns pontos de fragilidade identificados pelos profissionais estão relacionados ao atendimento ofertado pelo SAE, o que eles relatam é que muitas vezes as mulheres com HIV buscam muito mais do que simplesmente retirar o medicamento, elas precisam de atenção, de uma conversa:

*“É eu acho que ainda falta algumas coisas! Na minha opinião esse atendimento de só dar o remédio não tem sentido. [...] eu vejo no olhar das pessoas que elas querem atenção, mas muitas vezes isso não acontece. Na maioria das vezes a gente só dá o remédio e espera voltar quando for a outra consulta.... não tem uma preocupação maior a vida dessas pessoas.”  
(PCER 01)*

*“Quando entrei no CEREDI, eu achava que existia um acolhimento maior, tipo assim, além dessa coisa de dar a medicação, também existia tratamento psicológico.” (PCER 04)*

Também foi possível observar que as falhas na estrutura física impactam na qualidade do cuidado. E, considerando que o SAE objeto desta pesquisa atende uma demanda de vários municípios, muitas pacientes acabam vindo de locais distantes e a falta de estrutura que lhes permita o mínimo conforto pode influenciar na procura pelo serviço e consequente manutenção do tratamento.

*“Eu vejo que as vezes falta estrutura, é difícil ver pessoas chegarem muito mal aqui e ter que ficar numa cadeira daquela, com dores e não ter um conforto de ter uma poltrona de ter uma coisa confortável, não precisa ser um leito, mas ter uma boa poltrona, um lugar pra eles aguardarem, [...] eles vem de manhã e ficam esperando horas, tem gente que vem a pé eu já vi relatos de pessoas aqui que vem a pé, lá do outro lado da ponte, lá de não sei de onde para não perder consulta (PCER 01)”*

Quando observamos as fragilidades sob a ótica da percepção das mulheres com HIV, verificamos relatos de erros, inclusive na dispensação de medicamentos e, sustentando o apontado por alguns profissionais, pouca interação/diálogo com a equipe, os quais se mostraram como fatores que também podem comprometer o tratamento:

*“Uma vez que quando eu fui pegar minha medicação, uma pessoa que atendeu deu um remédio errado e eu acabei tomando o remédio porque era no final de semana eu não tinha mais do meu. Então, eu preferi tomar a deixar de tomar, mas eu acabei tomando esse comprimido errado e tive muita reação. Ai, na segunda feira, eu já fui ali no CEREDI e troquei. Eu achei que foi despreparo da profissional, ou até mesmo falta de atenção né! Na minha opinião, por ser o remédio tão específico não pode errar”. (Mulher 4)”*

*“O serviço aqui é muito bom, o pessoal é bem querido quando a gente tá aqui.... Mas, às vezes, eu sinto falta de conversar mais, tipo assim, eu venho, passo por consulta, pego remédio e vou embora. Não sei ... acho que poderiam conversar mais eu penso, saber mais da vida da gente”. (Mulher 9)*

Já quando nosso olhar se volta para a APS, também observamos críticas, principalmente no que se refere ao preparo da equipe para atender a demanda dessas mulheres e essa crítica vem de todos os lados, dos profissionais da APS, do SAE e das próprias pacientes.

Parte das críticas se referem a questões relacionadas ao preparo dos profissionais da APS, no sentido que eles não teriam traquejo para manejar pacientes com HIV, principalmente porque este tipo de atendimento não é da rotina deles, uma vez que no município de Itajaí, o SAE absorve toda a demanda de cuidados.

*“Acho que não estão preparados, porque o postinho não é igual ao CEREDI. Eu acho que os profissionais das Unidades não são preparados.” (Mulher 6)*

*“nesses doze anos que estou aqui a gente não focou e não fez um curso sobre esse tema (HIV), ai não dá pra simplesmente cuidar dessas pessoas, ainda mais as mulheres com HIV, eu nem sei se fazem aqui o acompanhamento delas! Até onde eu sei, não é por aqui na verdade, é tudo pelo CEREDI”. (PESF 06)*

*“Eu não sei se as pessoas de lá tão preparadas pra isso”. (Mulher 2)*

*“a rotatividade dos médicos na Unidade Básica de Saúde é muito grande, não adianta fazer treinamento para essas pessoas, por causa da rotatividade e eles odeiam paciente com HIV ou Aids, Hepatite C, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, e isso é verdade tá se alguém conseguir provar que tem uma pessoa que que abraça esse tipo de coisa pode trazer aqui pra mim eu vou bater uma selfie.” (PCER 06)*

*“eu acho que a unidade básica já tem muita coisa, eu acho que eles não suportam mais esse tipo de atendimento, acho que seria o maior problema a adesão ao tratamento, também seria difícil pra nós fazer a busca ativa, ai fica tudo pra eles né... difícil”. (PCER 07)*

Outra fragilidade que foi falada esteve relacionada a questões de sigilo, sob o ponto de vista dos sujeitos desta pesquisa, a APS teria maior dificuldade em manter o sigilo acerca do diagnóstico do HIV, quando este é solicitado pelas pacientes.

*“Eu acho muito complicado no postinho, não é porque eles não saibam, isso não .... eles sabem o mesmo tanto que a gente, eles são pessoas muito preparadas para isso. Só que tem a questão do sigilo, né? Eu já fui do PSF e eu sei que na Atenção Básica nem sempre isso acontece[...].” (PCER 02)*

*“Não sei se ali conseguiriam manter o sigilo, não me sinto confortável.” (Mulher 9)*

Ainda, muitas mulheres com HIV apontam que se sentem discriminadas quando vão até as UBS para procurar por atendimento, o que, muitas vezes, faz com que elas não queiram ser atendidas nesse serviço e prefiram ficar no SAE, mesmo que este seja mais distante e/ou de difícil acesso.

*“Só que eu acho que as vezes eu entro lá (UBS) e é como se todo mundo que está ali em volta fica me olhando, como se já estivessem sabendo o que que a gente tá indo fazer lá. Então, mesmo fazendo tratamento há muito tempo, convivendo com esse problema há muito tempo, eu*

*me sinto envergonhada de entrar lá no postinho”  
(Mulher 3).*

*“Eu não gosto de ir lá não, é muita gente,  
muita falação [...] todo mundo me olha diferente,  
como se eu fosse um ser de outro planeta, não  
gosto disso, por isso não vou, prefiro ser atendida  
ali no CEREDI mesmo”. (Mulher 1)*

*“Eu vejo que outros profissionais ainda  
têm certo preconceito ou às vezes insegurança, sei  
lá... as vezes ela fica com medo de atender porque  
não tem aquela prática, né?”. (Mulher 10)*

*“acho que lá (UBS), o povo me olha de  
outra maneira.” (Mulher 9)*

Esse olhar diferente sobre essas mulheres, também aparece em algumas falas dos profissionais da APS, o que pode colaborar para essa percepção mulheres com HIV. O que se pode perceber, pelas falas, é que esse “olhar diferente” está mais relacionado ao desconhecimento de como cuidar dessas mulheres, ou até mesmo o medo de como proceder com o cuidado.

*“Elas são mais frágeis, né? Se tu as  
atendes junto com outras pessoas é estranho, não  
tem como.” (PESF 06)*

*“Acho que aqui nós não estamos  
preparados porque o postinho não é igual ao  
CEREDI. Eu acho que os profissionais das  
Unidades não estão preparados, até porque  
essas mulheres com HIV têm que ter um cuidado  
diferente né, elas não são iguais a um hipertenso  
por exemplo. (PESF 03)*

*“Não dá pra dizer que são iguais né... tudo é diferente.” (PESF 13)*

### **6.3.2 Identificando as potencialidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV**

Apesar de ambos os serviços apresentarem fragilidades, eles também têm potencialidades, sendo a qualidade do atendimento prestada uma das mais citadas pelas mulheres com HIV que frequentam o SAE:

*“Aqui é maravilhoso, adoro! Venho sempre que preciso e, como falei, nunca deixaram de me atender, nunca! Desde o dentista, como todas as especialidades.” (Mulher 1)*

*“O atendimento, para mim, no CEREDI sempre foi ótimo sempre fui super bem atendida.” (Mulher 3)*

*“O atendimento é bom... As pessoas já sabem do que se trata ou as pessoas que vão lá né e então, acho que eu acho que é bom atendimento ... bem melhor que o postinho.” (Mulher 5)*

A percepção de que o SAE realiza um atendimento de qualidade também está presente na fala de muitos profissionais que ali atuam. Ainda, contrapondo um dos itens da categoria anterior, o que se observa por algumas falas é o fato de, na maioria das vezes, criam uma relação de proximidade com as mulheres com HIV, principalmente porque, como o tratamento é longo, as consultas são periódicas, os profissionais acabam se sentindo como parte integrante da vida dessas mulheres:

*“Elas estão aqui sempre, e a gente acompanha tudo na maioria das vezes, desde*

*quando descobrem que tem HIV [...] algumas descobrem bem novinhas e a gente vai vendo elas com o passar dos anos, tendo filhos, casando, a gente se sente parte da família.”(PCER 7)*

*“Eu acho que aqui o atendimento é melhor [...] é melhor porque a gente fica mais próximo delas, não só das mulheres, né? Mas dos pacientes em geral, a gente fica próximo.”  
(PCER 3)*

Mas essa percepção de vínculo também existe na APS, de uma forma mais branda, sutil, talvez justificada pela percepção que a maioria dos profissionais da APS tem de que ainda é o SAE quem tem que cumprir esse papel de cuidado as mulheres com HIV.

*“Eu tento me aproximar delas sempre, não é muito fácil não, mas depois que a gente consegue, que a gente cria o vínculo, aí fica muito mais fácil”. (PESF 14)*

*“Assim...eu tenho vínculo com umas quatro, cinco pacientes da minha área [...] elas confiam em mim, eu senti isso quando me contaram o diagnóstico”. (PESF 17)*

*“A gente até tem vínculo com elas, mas o tratamento é no CEREDI. Então, eu penso que o vínculo maior é lá.... mas aqui a gente tem também”. (PESF 20)*

Ainda, a possibilidade de contar com profissionais de diversas categorias, se mostrou como outra potencialidade em ambos os serviços, como podemos ver nas falas a seguir:

*“Aqui eu tenho tudo, até pediatra para o meu filho, se eu preciso de uma coisa eu venho aqui (CEREDI)”. (Mulher 1)*

*“O bom de vir no CEREDI é que tem psicólogo. Eu já precisei do psicólogo uma vez e aí a doutora me encaminhou e ligeirinho fui atendida. Se fosse em outro lugar, ia demorar uma vida”. (Mulher 10)*

*“Na minha opinião, aqui (CEREDI) é bom porque eu consigo consultar rapidinho. Lá no posto perto de casa não é assim, demora muito, tem gente que até desiste”. (Mulher 3)*

*“Eles têm ali na unidade (UBS) aquela equipe, como é que chama mesmo... NAISF/NASF... NASF, né? [...] Então, o pessoal desse NASF é bem bacana, as vezes quando eu preciso converso ali.” (Mulher 7)*

*“Vixe nega!! Ali a gente tem o enfermeiro, o Agente comunitário, o doutor [...] todos são muito prestativos, eles sabem que eu tenho HIV, eles me ajudam quando eu preciso”. (Mulher 8)*

Um fato importante observado foi que a percepção das mulheres com HIV sobre a necessidade de ter um serviço de saúde que lhes ofereça suporte desde o momento do diagnóstico e na continuidade do tratamento é um fator que pode interferir na adesão ao tratamento, uma vez que ao ver os serviços como locais que acima de tudo buscam realizar o cuidado a essas mulheres, elas se sentem mais seguras.

Desta forma, pode-se perceber que a características dos serviços, tanto positivas quanto negativas, também são condições que interferem nesse complexo fenômeno que é a adesão ao tratamento.

### **Ações e Interações**

Considerando que as **ações e interações** estão relacionadas à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida, desta forma, foi possível observar que a escolha por qual serviço de saúde procurar associadas as ações que estes desenvolvem com vistas a promoção de uma melhor adesão ao tratamento foram descritas como fatores que podem interferir nas questões relacionadas a adesão a TARV pelas mulheres com HIV, como podemos observar nas categorias a seguir:

#### **6.4 CATEGORIA: SIGNIFICANDO A ESCOLHA POR QUAL SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURAR**

Determinar onde será feito o tratamento e quais profissionais irão acompanhar essa mulher se mostrou um dilema, que ainda não há consenso. Há tanto profissionais quanto mulheres que defendem o serviço especializado e discriminam a APS e vice versa.

O que se pode observar pelas falas foi que a escolha de qual serviço escolher para dar seguimento ao tratamento estava muito além do tipo de serviço oferecido, fatores como proximidade do serviço, vínculo com os profissionais e inclusive questões éticas como o sigilo acerca do diagnóstico foram presentes nas falas das mulheres com HIV e também dos profissionais, como revelado nas subcategorias a seguir.

##### **6.4.1 Revelando os motivos de escolha pela Atenção Primária sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV**

É sabido que a APS é a ordenadora do cuidado em rede, logo, é compreensível que este serviço busque cada vez mais uma aproximação com as pessoas atendidas, principalmente àqueles com doenças crônicas, o que é o caso do HIV quando não há nenhuma manifestação aguda decorrente desta infecção.

Analisando as falas das mulheres com HIV que preferem ser atendidas na APS, percebeu-se que o fator proximidade da unidade com a casa delas foi um dos que mais se fez presente, como pode ser visto nas falas a seguir:

*“No posto é muito mais fácil! É perto de casa, vou rapidinho quando preciso! Falo com o doutor e já resolvo. Só se o negócio fica muito feio, daí eu vou no CEREDI. Mas no dia a dia eu só vou lá por causa da consulta com o infecto, o resto das coisas eu faço na unidade mesmo.”*  
(Mulher 5)

*“No posto também tem psicólogo, tem os agentes de saúde, tem tudo que a gente precisa. Então, eu acho que seria bem melhor.”*  
(Mulher 3)

*“O CEREDI é muito longe da minha casa! Quando preciso ir lá, tenho que pegar dois ônibus, se está chovendo então, demora muito para chegar lá. Já ali na unidade tem as agentes de saúde e vira e mexe elas passam em casa, eu aproveito e eu converso com elas e elas já marcam a consulta com o doutor ou com a enfermeira, então eu vou ali mesmo.”* (Mulher 6)

Ainda, houve relatos de mulheres que dizem preferir a APS por lá não ficar tão explícito que elas têm alguma doença infecto contagiosa, revelando que o receio de ser estigmatizada ainda se faz muito presente:

*“Eu acho que só o fato de você ter que tratar em um centro de referência já causa discriminação [...] as pessoas são muito mal informadas e excluem a pessoa que é portadora*

*do HIV, pessoas tem vergonha de contar, de falar, de assumir e desmistificar isso, por isso que para mim ser atendida na atenção básica é bom.” (Mulher 11)*

Na perspectiva dos profissionais da APS, observou-se que, para eles, o motivo da procura está muito mais relacionado ao vínculo gerado com as mulheres com HIV do que por qualquer outra questão:

*“Nós somos a referência, a porta de entrada, fora isso a ESF vai na casa delas, conversa com elas.... não com todas, né? Tem aquelas que não contam para a gente que tem HIV, mas as que contam... nossa... melhora o cuidado. Porque daí podemos conversar abertamente”. (PESF 22)*

*“Aqui nós temos o vínculo com a paciente, elas preferem aqui”. (PESF 15)*

*“A gente faz acolhimento, conversa, escuta elas [...] é muito melhor isso, na minha visão não fica aquela coisa mecânica, aquela coisa taxada “você tem HIV, por isso trata aqui”, é mais suave, acho que elas ficam mais confortáveis”. (PESF 12)*

*“olhando do ponto de vista como se eu fosse paciente, talvez eu ficaria meio que receosa em ir no CEREDI, porque como é um centro direcionado para essa doença e para outras doenças infecto contagiosas e muitas pessoas já sabem que aquele lugar é pra esse tipo de doença,*

*talvez a pessoa não se sinta à vontade, eu pelo menos não me sentiria.” (PESF 18)*

Já na perspectiva dos profissionais do SAE, não houve nenhuma fala que abordasse a APS como primeira escolha para atendimento, inclusive, pela fala destes profissionais, permitir que a APS monitore as pessoas com HIV seria um fator que traria prejuízos a saúde dessas mulheres, principalmente no que se refere a adesão ao tratamento, como observado nas falas:

*“acho que vai diminuir a adesão do tratamento se for atendido na UBS, porque elas não irão até lá, elas têm vergonha.” (PCER 02)*

*“vai ter muitos abandonos porque a maioria das mulheres não quer aparecer no bairro delas e outro grande problema que, já teve vários casos aqui, é de negarem na unidade que tem HIV ao ponto de mandarem outras pessoas fazer exame no lugar delas pra provar para o pessoal lá da unidade de saúde que elas não são soropositivas.” (PCER 7)*

*“eu acho que vai ser a época mais abandonos, porque aqui elas convivem com outras pessoas na mesma situação, gente que tá tratando há trinta anos, elas tem muito vínculo com a gente. Eu eu sou completamente contra elas procurarem a UBS.” (PCER 8)*

#### **6.4.2 Revelando os motivos de escolha pelo Serviço Especializado sob a ótica de profissionais e pacientes**

Outra vertente observada nesta pesquisa, foram aqueles profissionais e mulheres com HIV que defendem que o atendimento seja realizado pelo SAE. Um das justificativas está centrada na questão do sigilo do diagnóstico:

*“Outra situação é como já te falei, que o paciente não quer ser reconhecido, não quer ser é discriminado por ter essa doença, o paciente não quer que ninguém saiba, que o vizinho saiba que ele tem.” (PESF 17)*

*“Normalmente elas são acompanhadas pelos CEREDI, elas nem querem ser acompanhadas por aqui para que outras pessoas da comunidade não saibam que ela tem HIV, tudo é lá pelo CEREDI.” (PESF 1)*

*“eu acho que as pessoas vão ser muito humilhadas em relação a isso elas vão ser muito expostas e poucos médicos vão ter a capacidade de tratar eles realmente como um paciente como outro qualquer.” (PCER 1)*

*“outra coisa [...] tem a questão do sigilo né... na UBS eu não sei se tem como controlar isso, todo mundo conhece todo mundo.” (PCER 9)*

*“eles se reúnem eles conversam sobre todos, então não existe sigilo, não existe nada [...] e os pacientes daqui eles requerem muito sigilo, muitos nem família sabe e condicionar eles a unidade de saúde eu acho que eles ficariam em uma condição de que tá sempre preocupado, sempre preocupado [...] isso não é bom pra eles” (PCER2)*

Essa questão do sigilo e do medo de que pessoas próximas descubram também está fortemente presente na fala das mulheres, sendo esses um dos motivadores para que não queiram frequentar a unidade básica de Saúde:

*“Eu acho desnecessário falar lá na unidade, eu não acho importante porque eu tenho o CEREDI para ir me tratar de algum problema, para qualquer coisa eu vou no CEREDI”. (Mulher 1)*

*“Pessoal da unidade não sabe, eu não conto! Por medo mesmo né, eu sou bem conhecida.” (Mulher 4)*

*“na verdade, eu acho que eu tenho a parte do sigilo, porque na verdade, a única pessoa que soube lá no postinho de saúde foi a enfermeira e essa enfermeira passou para uma outra pessoa e eu fiquei sabendo, então, por isso que eu acho que não tem sigilo lá”. (Mulher 6)*

*“Tu vai lá e eles (ACS) e as enfermeiras .... todo mundo te conhece, é bem complicado sabe, só mesmo quem vive para saber. E indo ali no CEREDI, a gente sabe que quem tá indo ali também tem e a gente fica sabendo das histórias. A gente conversa quando a gente espera o médico, sempre tem uma pessoa e nesses outros lugares tu não tens nem como conversar com alguém às vezes.” (Mulher 10)*

Ainda, a aparente falta de estrutura (física, recursos humanos e conhecimento) que acreditam que a APS tenha é considerado um fator motivador para procura ao SAE, sendo que

essa opinião é observada nas falas de muitos profissionais da própria APS, do SAE e das mulheres:

*“Acho que não tá Preparado porque o postinho não é igual ao CEREDI eu acho que os profissionais das Unidades não estão preparados.”(Mulher 2)*

*“Estrutura, estrutura! Não suportaria, poucos consultórios, a gente faz o acolhimento e já não tem local de escuta qualificada, essas coisas assim.” (PESF 2)*

*“porque a atenção básica ela já está super lotada, entendesse, não está mais dando conta do básico, entendesse, e eu acho que é certo ter só um serviço direcionado para isso, onde elas já tem um fluxo.” (PESF 14)*

*“eu acho que a gente não tem condições de absorver, mais todos esses pacientes.” (PESF 17)*

*“É acho que dificuldade que a gente tem como profissional clinico mais é lidar com as intercorrências clinicas que advém de um quadro de imunidade comprometida, a agente não tem muito treinamento para avaliar, a epidemiologia é diferente nesses casos, mas as dificuldade são inerentes a qualquer doença crônica, talvez eu diria que teria mais dificuldade de lidar com mulheres diabéticas do propriamente com HIV.” (PESF 18)*

6.5 CATEGORIA: REVELANDO AÇÕES PROMOTORAS DA ADESÃO A TARV SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E MULHERES COM HIV

Mesmo havendo divergências sobre quem deve prestar o atendimento as mulheres com HIV e até mesmo sobre como o cuidado deve ser realizado, fica claro que todos os envolvidos neste processo acreditam que a integração das ações de ambos os serviços irá potencializar as ações de cuidado e como consequência, um melhor acompanhamento dessas mulheres, o que, na percepção deles, melhorará a adesão ao tratamento.

### **6.5.1 A integração entre os serviços como estratégia para manter as mulheres aderentes ao tratamento**

O Ministério da Saúde adotou como política de saúde a descentralização dos serviços, incluindo os de referência para pessoas com doenças infecto contagiosas. Esse movimento de descentralização ainda é controverso na opinião de muitos profissionais, há aqueles que são a favor e aqueles que são contra esse processo.

Porém não há dúvidas de que a articulação entre os serviços com vistas ao desenvolvimento de práticas colaborativas sob uma perspectiva interprofissional é o caminho para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde e, considerando o escopo deste estudo, práticas integradas entre serviços podem favorecer a adesão ao tratamento quando estas visam considerar o processo de viver com HIV.

*“eu sou a favor das informações serem compartilhadas por meio dos Gemus [prontuário eletrônico do município], e sou a favor tem que ser feito isso. Já estamos atrasados na descentralização. É claro que também eu tenho um paciente que não quer ser tratado aqui. Nesses casos, cabe também o direito de escolha e dizer ‘não eu não quero tratar na minha unidade porque todo mundo me conhece eu não quero expor!’ Ou seja, descentralizar não significa jogar na rede.”*  
(PCER 03)

*Temos que integrar as coisas, aqui ela trata o HIV (CEREDI), mas ela é uma paciente*

*hipertensa, diabética, ela vai tratar do diabetes lá (UBS), ela vai tratar da hipertensão lá [...] e nessa questão da mulher bem específica [...] Esses dias fiquei feliz que a gente “tá” com uma paciente que ela “tá” gestante e no detalhe estar gestante ela disse assim ‘mas eu prefiro fazer na minha unidade’, e eu achei ótimo e disse que íamos fazer consultas intercaladas, uma consulta ela faz lá e uma consulta ela faz aqui.”(PCER 03)*

*“Eu acho que a atenção básica tem uma importância fundamental porque “tá” tudo no território próximo do paciente, a realidade do paciente naquele território, um ambiente em que ele vive [...] Com o centro especializado, no caso né o CEREDI, o trabalho deve ser feito em parceria com atenção básica e vejo isso como algo indispensável, necessário! Um trabalho em conjunto com a atenção básica no território e do centro de referência especializado para dar um suporte quando necessário”. (PCER 05)*

*“Seria bom uma integração né, porque aumentaria o vínculo da unidade de saúde e paciente, porque muitas vezes elas fazem o tratamento lá no CEREDI, a gente não sabe do acompanhamento, como é que foi na consulta, essas coisas assim, acho que seria bom integrar os serviços”. (PESF 02)*

*“Eu acho que o remédio está aqui na unidade básica, é um facilitador, não que o*

*CEREDI não seja necessário, a gente precisa dele, e lá a gente tem tudo fácil, por exemplo, o acesso, se tu liga você consegue tirar uma dúvida com o médico, como uma das meninas, elas estão sempre presentes. A gente consegue fácil a guia do raio x lá se vai fazer o raio x no Marieta leva a nossa guia aqui demora 2 meses por ai, eu vou ter que fazer um raio x essa semana, porque uma paciente minha, não sabia que ela estava com tuberculose multirresistente, ela veio para minha área numa sexta feira, eu fiquei com ela segunda, terça e quarta e quinta ela foi para o Marieta e veio a falecer, e o laudo é tuberculose, e com a guia do CERDI você é atendida bem mais rápido.” (PESF 05)*

*“Não, tipo assim, uma coisa não substitui a outra, o centro de referência não pode desaparecer, eles são como o nome diz referência, eles são as contra referência que a gente da atenção básica como referência de saúde vai mandar, temos que unir nossas forças.” (PESF 08)*

*Já faz parte, enquanto o paciente não está la naquela consulta mensal, ou semestral ou trimestral, o paciente está aqui com a gente ele é nosso, ele só está lá em algum momento, então ele é mais nosso do que do CEREDI. (PESF 17)*

Analisando as falas sob a perspectiva da adesão a TARV e a articulação dos serviços, em alguns momentos foi possível observar que os profissionais percebem algumas práticas que podem ser compartilhadas e outras que devem ser específicas de cada setor:

*“Todos somos muito importantes nisso, temos que cuidar, a prioridade é o paciente sempre! Se eu for pensar nessa questão de aderir ao tratamento, dá pra trabalhar junto sabe... a gente se falar sobre quem não retirou o medicamento ou quem parece que não está tomando direito, essas coisas [...] mas não é só isso né.... tem que fazer preventivo, ver se “tá” hipertensa, diabética, o mundo dessas mulheres não pode ser só o HIV.” (PESF 22)*

*“Eu penso assim, busca ativa fica na atenção básica, a gente “tá” mais preparado pra isso, tem as ACS, a gente conhece o território, mas nem sempre a gente sabe quem “tá” ou não tomando a medicação, daí entre eles (CEREDI) e nos avisam.... dá pra trabalhar junto.” (PESF 05)*

*“Tem coisa que dá pra dividir sim, temos que pensar em como organizar isso, pra não perder esse paciente né... senão ele some na rede, porque é de todo mundo e acaba sendo de ninguém.... se organizar um protocolo do município seria ótimo. (PCER 07)*

*“Eu acho que a parte mais direcionada ao HIV fica no serviço especializado, as outras coisas podem ser*

*divididas, mas tem que ver se a mulher quer isso. Olha só, elas fazem preventivo comigo há anos, por que mandar para a atenção básica agora? Não sei... penso que poderíamos nos falar mais, nos comunicar mais.... conversar sobre os casos. (PCER 06)*

## **Consequências**

A partir do entendimento de que o componente das **consequências** se refere aos resultados previstos ou reais levantados pelos sujeitos do estudo, observou-se que a resiliência foi uma das características presentes no contexto da adesão dessas mulheres nesse sentido, ou seja, a capacidade de lidar com o novo/problema (diagnóstico), adaptar-se as mudanças advindas disso e resistir a pressão das situações adversas (com auxílio de uma rede de apoio profissional e familiar), retornando ao seu estado inicial com vistas a manutenção do equilíbrio emocional, emergiu como um resultado esperado para que elas possam aderir corretamente ao tratamento, como descrito na categoria a seguir.

### **6.6 CATEGORIA: SENDO RESILIENTE PARA CONVIVER COM O HIV E ADERIR AO TRATAMENTO**

Partindo do entendimento de que ser resiliente é ter a capacidade de se adaptar às mudanças, esta categoria busca relacionar como o processo que vai desde o diagnóstico até o tratamento do HIV pode impactar na adesão, tanto na perspectiva das mulheres com HIV, quanto dos profissionais que prestam atendimento a elas no SAE e na ESF. Diante disso, construiu-se quatro subcategorias que abordam esse contexto:

#### **6.6.1 Identificando o processo de aceitação do diagnóstico para aprender a conviver com o HIV**

A partir do momento que a mulher descobre que tem a infecção pelo HIV, é sabido que sua vida passará por uma grande transformação e, ao saber disso, a mulher se vê diante de uma complexa situação, na qual as perspectivas futuras passam a depender de uma série de fatores que até então não fazia parte de seus imaginários.

Diante deste cenário, assim como o luto pela morte de um ente querido, a mulher com HIV passa a experienciar algo semelhante e, passar por todo esse caminho de forma natural e saudável é um dos pontos cruciais para melhor compreensão da sua condição de saúde e consequente enfrentamento da doença:

*“Foi complicado, muito complicado! Foi bem difícil, eu, no início, não aceitei muito. Mas aí, depois eu vi que a gente tem mais... como é que eu vou dizer ... tem mais saúde, eu tenho mais cuidado comigo hoje. [...] principalmente depois que eu me mudei para cá eu me cuido mais. Desde o início, quando o médico disse ‘vai ter que tomar um medicamento’ eu sabia que tinha que tomar o medicamento sempre certinho, mas no começo foi difícil, só quando eu entendi essa doença eu mudei. Hoje, eu nunca pulo essa etapa e vivo uma vida normal. Assim, hoje não me vejo diferente de ninguém.” (Mulher 2).*

*“Foi muito, muito difícil, eu não acreditava que aquilo estava acontecendo comigo... pensava: Por que Deus isso foi acontecer comigo? Eu não merecia... [...] hoje eu entendo mais da doença, sei que posso ter uma vida com qualidade, mas tenho que me cuidar.” (Mulher 09)*

*“Vergonha.... sempre tive vergonha... hoje tenho menos, mas ainda tenho... não conto pra todo mundo... mas não tive escolha.... minha escolha era aceitar que estava com a doença. (Mulher 8)*

A percepção dos profissionais, de acordo com as falas, volta-se também para a rejeição do diagnóstico no início, passando pela aceitação da nova condição de saúde e

consequentemente se adaptando as mudanças advindas disso, o que gera resultados positivos no que se refere a manutenção da saúde dessas mulheres:

*“aceitar quando se é uma pessoa que está recém diagnosticado acaba sendo mais difícil ... exigindo do profissional um preparo maior para vincular essa pessoa ao serviço. Já as pessoas se tratam a mais tempo, elas já estão mais acostumados com HIV que tem uma facilidade maior em seguir o tratamento e as orientações”.*  
(PCER05)

*“com o tempo vai trabalhando o psicólogo para aceitar o diagnóstico e tudo mais, daí elas acabam mantendo o tratamento, aderindo mesmo né.”* (PCER 08)

*“você sente que o estado de espírito dela, a aceitação dela é que faz com que o resultado do tratamento seja muito positivo, enquanto as outras que não aceitam são mais deprimidas... aí é muito mais fácil da doença derrubar.”* (PCER 02)

*“Eu vejo uma boa adesão delas... De maneira geral, está na relação delas com o HIV. No início do tratamento é sempre uma dificuldade maior, isso porque a pessoa rejeita o diagnóstico.”*  
(PCER 05)

*“Porque muitas, não aceitam, simplesmente não aceitam! E, quando não aceitam, tudo é mais difícil, o tratamento é mais difícil.”*  
(PESF 02)

### 6.6.2 Superando os desafios: do abandono e o retorno ao tratamento

O abandono do tratamento, em algum momento da vida dessas mulheres, acaba se fazendo presente, muitas vezes justificado pelos efeitos colaterais decorrentes do tipo de medicação ou pelo incomodo de ter que tomar os remédios todos os dias ou simplesmente pela dificuldade de aderir:

*“Para mim, ter que tomar os remédios é horrível... não entra na minha cabeça que eu tenho que tomar [...], é bem ruim porque eu passo mal, é muito efeito colateral.” (Mulher 6)*

*“Eu acho que é que é complicado tomar remédio todo dia, entendeu?” (Mulher 10)*

*“[...] eu nunca fiz o tratamento, nunca consegui, agora que eu “tô” um ano em seis meses fazendo tratamento mesmo”. (Mulher 8)*

Observou-se, também, que o apoio de alguém da família influencia na melhor adesão ao tratamento:

*“Nunca consegui fazer o tratamento corretamente, nunca consegui e agora com a ajuda do meu novo esposo eu estou conseguindo fazer.” (Mulher 3)*

Nesse sentido, os profissionais também veem que as causas do abandono do tratamento muitas vezes estão ligadas a falta de apoio, principalmente no contexto familiar:

*“abandonam o tratamento ou por falta de um companheiro, por falta de apoio dos filhos, falta de apoio não do programa em si, porque aqui tem apoio para tudo né (PCER 06)*

*“elas são bastante depressivas, muitas delas pegou pelo marido, que julgava ser uma pessoa muito confiável, então vem decepções, junto com depressão junto com uma enfermidade que é considerada irreversível e um monte de fatores né”. (PCER 02)*

Corroborando ao exposto, é possível observar tanto na fala de profissionais quanto na das mulheres, que ter um fator motivador é imprescindível para que elas sigam firmes no tratamento. Nesse sentido, muitos profissionais relatam que é durante a gestação que muitas mulheres têm o diagnóstico ou passam a aderir corretamente ao tratamento e após o nascimento dos filhos dão continuidade, pois encontram um fator motivacional muito forte:

*“então às vezes a própria pessoa aceitar é o que mais demora, a maioria das pacientes de início de tratamento que eu atendo são gestantes porque elas fazem no pré-natal o exame HIV e descobrem a doença [...], no preventivo agente já considera urgência a consulta com o ginecologista e obstetra aqui comigo. Então, as vezes antes de passar no psicólogo ou infecto, ela já vem aqui comigo, para não perder tempo pensando na prevenção da transmissão o vertical, então, nesses casos eu acho que uma coisa que ajuda muito é o fato da mulher estar grávida.” (PCER 08)*

*“adesão melhor principalmente se elas tiverem filhos, melhor fase de adesão é na gestação né.” (PCER 09)*

*“Então.... assim... eu já sabia que tinha isso quando engravidei... na época eu me preocupei muito, não queria que o bebe pegasse a doença também, aí a doutora me disse que tinha*

*que tomar os remédios certinho, fazer cesárea e não dar mama... eu fiz tudo isso, bem certinho... só fiquei triste que não dei mama, mas hoje meu filho não tem a doença”. (Mulher 8)*

*“Eu tenho uma bebê de 01 aninho né... eu nasci com essa doença, peguei da mãe... então eu tomei os remédios certinhos para não acontecer o mesmo com a minha filha”. (Mulher 4)*

Ainda, foi possível observar também que os filhos sempre são uma fonte motivadora para adesão ao tratamento, mesmo após a gestação:

*“Eu nunca consegui seguir o tratamento, nunca! Mas agora tenho filhos, tenho que tomar por eles, né? Assim então eu tomo”. (Mulher 6)*

*“toda vez que pensão em desistir eu lembro que eu tenho 2 filhos e eu não posso parar o tratamento por causa dele porque são eles que me motivam para mim continuar o tratamento é só isso”. (Mulher 7)*

Porém, além dos filhos, ter uma rede de apoio mostrou-se fundamental para seguimento do tratamento, sendo que esta rede é composta por profissionais, familiares e amigos na maioria das vezes:

*“aqui (CEREDI) eu recebo todo apoio e tudo que eu preciso deles assim desde tratamento, pra tudo”. (Mulher 1).*

*“meus familiares e amigos sabem, mais meus familiares ... eles me apoiam muito, converso muito sobre isso com eles”. (Mulher 6)*

*“Eu e o meu esposo descobrimos que a gente tinha a doença. Então, a gente resolveu não procurar um culpado, se foi ele ou fui eu, a gente decidiu se abraçar e ficar juntos para se cuidar.” (Mulher 4)*

*“Meus familiares e amigos me apoiam sim, eles sabem tem um tempo e são um amor assim sabe minha família tem me apoiado bastante, ali no começo também me ajudaram bastante.” (Mulher 11)*

*“agora com a ajuda do meu novo esposo eu “tô” conseguindo fazer. Vai fazer um ano um ano e seis meses se eu não me engano, que eu “tô” conseguindo tomar medicação certa, no horário certo, alimentação também correta, e é isso.” (Mulher 3)*

Por fim, diante de todo esse universo que envolve a adesão ao tratamento, após a aceitação da doença e/ou encontro de um fator motivador, o tomar a medicação todos os dias passa a ser uma tarefa suave, que se incorpora no cotidiano da mulher:

*“Eu, por costume, já peguei um costume. De manhã, é a primeira coisa que eu faço e à noite, antes de dormir, eu sei que tem que tomar o remédio, já entrou na minha cabeça... assim é fácil.” (Mulher 10)*

*“Para mim, ter que tomar os medicamentos não me incomoda. Na verdade, até às vezes, eu esqueço que eu tenho a doença, mas costume tomar todo dia certinho sem errar... uma*

*vez ou outra acabo esquecendo do horário, mas logo em seguida já tomo, mas também não tem problema nenhum.” (Mulher 4)*

*“Para mim é perfeito, é bom porque quando eu tomo, não sinto nada. Só no primeiro dia, quando eu descobri a doença que eu fui tomar os medicamentos, aí me deu um tipo de diarreia... Que é normal, por causa da medicação e o organismo não está acostumado! Mas hoje está tudo ótimo, eu não sinto nada.” (Mulher 11)*

### **6.6.2 Revelando o papel dos profissionais de saúde no processo de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento**

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde, especialmente no SAE, acabam se tornando atores fundamentais no processo de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento, haja vista que estes se tornam uma referência para as mulheres, um ponto de suporte para enfrentamento de todo o processo de conviver com HIV.

*“algumas se deprimem demais! E se deprimir, a capacidade dela de aceitação é bem difícil. Então, tem que ser a passo de formiguinha e normalmente essas que não tem uma aceitação é difícil, mais complicado ... elas decaem muito mais fácil”. (PCER 02)*

*“o que eu falo sempre para elas é ‘olha... se você parar o tratamento, não vai te levar a morte, não vai te fazer morrer .... muito pelo contrário vai te levar um sofrimento muito maior porque vai entrar as doenças oportunistas, e você vai ficar dependente dos outros muito mais...’ e então, eu mostro verdade para elas, de como seria parar esse*

*tratamento. Mas é difícil aceitação delas, é muito difícil .... assim ... tem que ser passo a passo, falando a respeito do tratamento e mostrando a importância.” (PCER 02)*

*“eu acho que a gente tem que ter uma boa acolhida nunca julgar de maneira nenhuma. Os preconceitos ficam batendo toda hora, mas quem sou eu para julgar! O mais importante de tudo é o acolhimento, saber que aqui tudo que elas falarem é sigiloso, que vamos tratá-la como uma pessoa normal, não vamos ter preconceito.” (PCER 07)*

*“Nos casos de diagnóstico recente, eu como psicóloga eu me sinto tão importante... assim ... tão responsável pela adesão delas, porque eu sou, a maioria das vezes, a porta de entrada.” (PCER 08)*

*“Eu acabo encontrando-as mais no momento do diagnóstico. E eu vejo o mesmo nível de resistência de mulheres e homens... no começo a dificuldade é muito parecida e aí o que eu “tô” tentando agora entender, é o quanto delas que chegam aqui e o quanto delas que permanecem aqui no CEREDI para tratamento” (PCER 04)*

*“Paciente é um paciente independente se é mulher ou homem. O que eu vejo mais específico por ser mulher, é a questão da maternidade, parece que nesse momento a mulher demanda uma atenção maior do profissional, mas essa também é uma questão muito pessoal”. (PCER 05)*

*“como eu disse, parece que a mulher espera uma atenção maior, uma fragilidade que ela transparece [...] não sei se os demais profissionais têm essa visão”. (PCER 02)*

*“Ah... é um aprendizado todos os dias, porque a gente vê a dificuldade delas e a preocupação em relação aos filhos, ou quando se separam e começam um outro relacionamento... A vida é muito sofrida para a maioria das mulheres aqui [...] a gente cria um vínculo, a gente vai conhecendo mais a vida delas e acaba gerando uma confiança, quase como se fosse uma amizade”. (PCER 08)*

*“Eu gosto de estar com elas..., mas eu acho que as mulheres têm um pouquinho mais de dificuldade de aderir do que os homens, um pouco mais dificuldade em aceitar o diagnóstico”. (PCER 09)*

Porém, além dos profissionais dos SAE, aqueles que atuam na APS também exercem importante papel na manutenção da qualidade de vida e adesão ao tratamento, uma vez que estes na maioria das vezes estão muito mais próximos destas mulheres do que aqueles que estão lotados nos serviços especializados.

*“hoje eu trabalho dentro de uma comunidade e como se diz é uma comunidade de uma parte social diferente do centro da nossa cidade... aqui as mulheres vêm e falam realmente sobre a doença comigo.... algumas falam que fazem o tratamento e tem uma vida com qualidade... e eu reforço que se o paciente não o toma o medicamento, ele vai adoecer”. (PESF 01)*

*“nós estamos com a porta aberta para esses pacientes”. (PESF 01)*

*“falamos de igual para igual, sem preconceito nenhum, e muitos agentes sabem que elas têm HIV.” (PSEF 03)*

*“a gente aqui não diferencia quem tem HIV ou não, é Estratégia de saúde da família, a gente trabalha com a família... E isso é muito importante para elas se sentirem seguras, criamos vínculo, se elas não querem que a gente comente perto da família a gente não faz isso, nossa prioridade são elas, cuidamos delas.” (PESF 06)*

Logo, o que fica claro é que o conviver com o HIV passa a ser um desafio experienciado pelas mulheres e, também pelos profissionais, haja visto que o resultado da interação mulheres-profissionais de saúde-serviços de saúde-rede de apoio familiar acarretará na continuidade do tratamento, como demonstrado nas categorias anteriores.

Essa interação é um fenômeno complexo, constituído de múltiplos fatores que transpassam a lógica, a racionalidade, ou seja, esses fatores são um conjunto de ações, interações, experiências que os atores envolvidos no processo trazem consigo, influenciando na forma de pensar sobre o que é cuidar de uma mulher com HIV, o que é ser uma mulher com HIV e como conviver com HIV.

#### 6.7 ARTICULAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS E SUA RELAÇÃO COM A CATEGORIA CENTRAL: “REVELANDO A DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE MULHERES COM HIV E SERVIÇOS DE SAÚDE NO PROCESSO DE ADESÃO AO TRATAMENTO”

Os resultados obtidos permitiram a construção da categoria central **“Revelando a Dinâmica das relações entre mulheres com HIV e serviços de saúde no processo de adesão ao tratamento”**. Estas informações podem, futuramente, fornecer subsídios para a construção de um modelo de cuidado voltado para mulheres com HIV de maneira que articule os pontos

da rede de atenção à saúde, promovendo melhor aderência ao tratamento e conseqüente melhor qualidade de vida.

Usou-se os termos “Dinâmica das relações” e “processo de adesão” para construção da categoria central para significar que, diante de uma perspectiva complexa, primeiramente, deve-se ocorrer um movimento interno que criará um estímulo e este permitirá a evolução de algo, neste caso, o cuidar da mulher com HIV e o segundo, por compreender que aderir ao tratamento é uma ação continuada, prolongada e que deve se reproduzir com regularidade e dinamicidade, considerando as múltiplas dimensões que constituem a adesão ao tratamento e o ser mulher na sociedade. Desta forma, as demais categorias buscam complementar esse raciocínio, fundamentando os saberes e práticas dos envolvidos sob uma perspectiva complexa.

Assim, o que foi observado durante a análise deste estudo que a adesão ao tratamento para mulheres com HIV perpassa por uma gama de situações, fatores, sentimentos e relações. Estes não somente no âmbito pessoal/privado, mas também na integração com os profissionais que lhes prestam atendimento.

Nesta lógica, o entendimento das condições, por meio da categoria: **Defrontando o momento do diagnóstico e Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV** e suas subcategorias: *Enfrentando as Fragilidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV; Identificando as potencialidades do Serviço Especializado e da Atenção Primária a Saúde para o cuidado a mulheres com HIV*; das ações e interações a partir das categorias: **Significando a escolha pelos Serviços de Saúde e Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV**, com suas respectivas subcategorias: *Revelando os motivos de escolha pela Atenção Primária sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV; Revelando os motivos de escolha pelo Serviço Especializado sob a ótica de profissionais e mulheres com HIV; Integrando os serviços como estratégia para manter as mulheres com HIV aderentes ao tratamento* e, por fim, das conseqüências com a categoria: **Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento** e suas subcategorias: *Revelando o processo de aceitação do diagnóstico para aprender a conviver com o HIV; Superando os desafios do abandono e do retorno ao tratamento; Identificando o papel dos profissionais de saúde no processo de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento*, auxiliaram na construção de um pensamento que significasse o contexto das relações que esta mulher experiência, os quais estão atrelados ao conviver com HIV e aderir ao tratamento.

Desta forma, pelo caminho percorrido durante a análise, primeiramente se identificou que o primeiro passo para aderir ao tratamento é enfrentar o diagnóstico e aceitar sua nova

condição de saúde, e, nesta perspectiva ser resiliente é a ferramenta chave, pois é importante que a mulher com HIV “viva” o diagnóstico, experencie o luto, chegue ao limite e depois retorne ao seu estado inicial, aceite sua nova condição e trabalhe sob esse novo cenário, novas formas de se aceitar e cuidar de si.

Ainda, para viver todo esse processo de aceitação é importante que a mulher se sinta acolhida, que tenha uma rede de apoio familiar e social, que identifique os pilares que a sustentam nessa nova jornada.

A partir disso, percebe-se que para que a mulher consiga a adesão, o profissional deve ser o ponto de apoio dessa mulher, deve exercer o cuidado de forma humana, respeitando seus desejos, garantindo o sigilo e incentivando-a buscar o seu melhor, fortalecendo a sua autoestima e percepção de que o cuidar de si é muito maior que o diagnóstico da doença. Em contrapartida, para que os profissionais identifiquem se a adesão está acontecendo, a mulher deve se responsabilizar pelo seu cuidado, manter um diálogo aberto sobre as adversidades que enfrenta no seu cotidiano, desenvolvendo a autonomia sobre as suas decisões.

Desta forma, é nessa integração de corresponsabilidades que se estabelece o vínculo do cuidado, o qual deve ser articulado sobre todos os pontos que a mulher pode percorrer dentro da RAS, em especial a APS e o SAE, pois estes dois juntos, abarcam a maior gama de cuidados as mulheres em fase reprodutiva.

**7 MANUSCRITO 1 – FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTAIS  
RELACIONADOS A ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM MULHERES  
COM HIV EM FASE REPRODUTIVA**

*SOCIODEMOGRAPHIC AND BEHAVIORAL FACTORS RELATED TO  
ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN WOMEN IN THE REPRODUCTIVE  
PHASE*

*FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y DE COMPORTAMIENTO  
RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN  
MUJERES EN LA FASE REPRODUCTIVA*

**Resumo**

**Introdução:** No que se refere a adesão a Terapia Antirretroviral, inúmeros são os fatores que podem interferir no sucesso da terapêutica. **Objetivo:** Analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva atendidas. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal, na qual fizeram parte todas as mulheres com prontuários ativos, que tiveram algum tipo de atendimento no Serviço de Atenção Especializada do município de Itajaí/SC. Utilizou-se instrumento validado que avalia o grau de adesão criado e outro instrumento para coleta das informações relacionadas as variáveis socio demográficas e comportamentais. A análise foi feita com o pacote estatístico SPSS versão 20.0 e com a planilha eletrônica Microsoft Excel for Windows 2010. Esta pesquisa foi aprovada sob parecer 2.899.706. **Resultados:** Totalizaram 112 mulheres. Destas, a média de idade foi de 34 anos (DP:  $\pm$  7,8). A maioria (89%) foi infectadas por relação sexual e o tempo médio de diagnóstico foi de 122 meses. Em relação ao grau de adesão à TARV, 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%). **Conclusões:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre aquelas pacientes que trabalham e aquelas que não trabalham, entre as que já interromperam o tratamento pelo menos uma vez e as que nunca interromperam, entre o número de comprimidos ingeridos/dia, consumo de bebidas alcoólicas e comparecimento a última consulta com infectologista.

**Palavras-chave:** HIV, Terapia Antirretroviral, Adesão, Saúde da Mulher.

**Abstract**

**Introduction:** Regarding adherence to antiretroviral therapy, there are countless factors that can interfere with the success of the therapy. **Objective:** To analyze the sociodemographic and behavioral factors that interfere in adherence to antiretroviral therapy in women in reproductive phase attended. **Methodology:** This was a quantitative cross-sectional survey, in which all women with active medical records, who had some kind of assistance at the Specialized Care Service in the municipality of Itajaí / SC, took part. A validated instrument was used to assess the degree of adherence created and another instrument to collect information related to socio-demographic and behavioral variables. The analysis was performed using the SPSS version 20.0 statistical package and the Microsoft Excel for Windows 2010 spreadsheet. This survey was approved under opinion 2,899,706. **Results:** There were

112 women. Of these, the average age was 34 years (SD: + 7.8). The majority (89%) were infected through sexual intercourse and the average time of diagnosis was 122 months. Regarding the degree of adherence to ART, 1 had a poor adherence level (0.9%), 39 had an adequate level (34.8%) and 72 had a strict level (64.3%). **Conclusions:** Statistically significant differences were found for the degree of adherence between those patients who work and those who do not work, between those who have already stopped treatment at least once and those who never interrupted, between the number of pills taken / day, consumption alcoholic beverages and attend the last consultation with an infectologist.

**Keywords:** HIV, Antiretroviral Therapy, Adherence, Women's Health

### **Resumen**

**Introducción:** en cuanto a la adherencia a la terapia antirretroviral, existen innumerables factores que pueden interferir con el éxito de la terapia. **Objetivo:** analizar los factores sociodemográficos y conductuales que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres en fase reproductiva atendidas. **Metodología:** Esta fue una encuesta cuantitativa de corte transversal, en la que participaron todas las mujeres con registros médicos activos, que tuvieron algún tipo de asistencia en el Servicio de Atención Especializada en el municipio de Itajaí / SC. Se utilizó un instrumento validado para evaluar el grado de adherencia creado y otro instrumento para recopilar información relacionada con variables sociodemográficas y de comportamiento. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y la hoja de cálculo Microsoft Excel para Windows 2010. Esta investigación fue aprobada bajo la opinión 2,899,706. **Resultados:** Hubo 112 mujeres. De estos, la edad promedio fue de 34 años (DE: + 7.8). La mayoría (89%) se infectaron a través de las relaciones sexuales y el tiempo promedio de diagnóstico fue de 122 meses. En cuanto al grado de adherencia al TAR, 1 tenía un nivel de adherencia deficiente (0,9%), 39 tenía un nivel adecuado (34,8%) y 72 tenía un nivel estricto (64,3%). **Conclusiones:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el grado de adherencia entre los pacientes que trabajan y los que no trabajan, entre los que ya han interrumpido el tratamiento al menos una vez y los que nunca han interrumpido, entre el número de píldoras tomadas / día, el consumo. bebidas alcohólicas y asistir a la última consulta con un infectólogo.

**Palabra clave:** VIH, terapia antirretroviral, adherencia, salud de la mujer

### **Introdução**

Segundo dados epidemiológicos internacionais, em 2016, existiam 36,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo, sendo que mais da metade (51%) dos casos eram entre pessoas do sexo feminino, o equivalente a 1,5 milhões a mais de meninas e mulheres que toda a população da Holanda. Só em 2015, mais de 1 milhão de meninas e mulheres foram infectadas pelo HIV em todo mundo e, dentre estas, 25% tinham idade entre 15 e 24 anos (UNAIDS, 2017).

No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico do Departamento de IST/aids do Ministério da Saúde, a realidade nacional se contrapõe a mundial, visto que o maior número de notificações se concentra prioritariamente entre a população masculina. No entanto, ao analisar mais amiúde os dados relacionados a população feminina, observa-se que aproximadamente

84% do total de notificações registradas nos últimos 10 anos (2007 a 2017) são entre mulheres na fase reprodutiva (BRASIL, 2019).

Ainda, verifica-se que, apesar dos indicadores de novas contaminações por HIV diminuírem anualmente em todo mundo, a menor taxa (2%) de diminuição do número de novas contaminações, está concentrada entre as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), correspondendo a um total de 5,2 milhões de mulheres em 2015 (UNAIDS, 2017).

Adentrando na esfera do cuidado no HIV, especificamente no âmbito da adesão a TARV, inúmeros são os fatores que podem interferir no sucesso da terapêutica. Estudos apontam que idade, gênero, religião, escolaridade, situação conjugal, dentre outros, impactam diretamente na adesão a TARV (SILVA, 2013; PEREIRA, ALBUQUERQUE, SANTOS, LIMA, SALDANHA, 2012; SCAMARDI, MACHADO, FREITAS, MAIA MIYZAKI, 2013; FELIX, CEOLIM, 2012).

Corroborando a estes dados, em revisão sistemática acerca desta temática, foram observadas uma diversidade de barreiras relatadas pelas pessoas com HIV, sendo que esquecimento, o uso indevido de álcool, distância à clínica, tempo de medicação foram fatores que atrapalharam a adesão ao tratamento (SHUBEER, 2016)

Desta forma, a necessidade de relacionar os fatores que podem interferir na adesão a TARV se faz presente, uma vez que a adequada adesão ao tratamento está diretamente relacionada a diminuição da transmissão do HIV, pois quando a carga viral se apresenta indetectável, menores são as chances de propagação do vírus, incluindo a melhora do estado imunológico e evitando a ocorrência de coinfeções (BELZER *et al.*, 2014; RIGHETTO, REIS, REINATO, GIR, 2014; PEDROSA *et al.*, 2017).

Porém, apesar da oferta de medicamentos e adesão ao tratamento ter maior cobertura entre as mulheres, dados evidenciam que a cobertura é maior e mais efetiva entre as mulheres grávidas, ao passo que os esforços ainda não conseguem atingir mulheres jovens e mais velhas que não estão grávidas (UNAIDS, 2017).

Outros estudos também apontam que as mulheres são mais vulneráveis as adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais, devido aos estigmas e restrito apoio social a que estão sujeitas, justificando, assim, a necessidade de maior atenção as mulheres em fase reprodutiva e em baixa adesão ao tratamento visto que essas possibilitam maior contaminação tanto por via sexual quanto por transmissão vertical (SPIERS *et al.*, 2016; CHAMMA *et al.*, 2016).

Assim, objetiva-se analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil.

## Metodologia

Trata-se de um recorte de uma tese de doutorado intitulada “Fatores intervenientes a adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do País”, sendo esta uma pesquisa quantitativa de corte transversal, na qual fizeram parte todas as mulheres com prontuários ativos, que tiveram atendimento médico e/ou de enfermagem e/ou psicológico e/ou fisioterapêutico e/ou retirada de medicamentos no Serviço de Atenção Especializada do município de Itajaí/SC.

A amostra foi selecionada por conveniência, considerando os seguintes critérios de inclusão: Ter idade entre 18 – 45 anos; Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica); Ter prontuário ativo no serviço especializado do município, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais; Estar cadastrado no SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município; estar em uso da TARV há mais de três meses conforme o cadastro no SICLOM; Ser biologicamente do sexo feminino. Ainda, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: Ter alterações das condições cognitivas que possam prejudicar a resposta aos questionamentos; Estar em uso da TARV por menos de três meses; Não autorizar a consulta ao seu prontuário pelos pesquisadores; Menores de 18 anos.

A coleta dos dados quantitativos se deu de duas formas, a primeira por meio de um instrumento estruturado que avalia o grau de adesão criado e validado por Remor e col. (2006, 2007, 2008, 2013, 2015, 2017) e a segunda por meio questionário organizado pelo pesquisador para coleta das informações relacionadas às variáveis sócio demográficas e de características comportamentais.

Os pesquisadores se dirigiram ao serviço de atendimento especializado do município, em horário de funcionamento normal do mesmo. Durante o aguardo das pacientes tanto para consultas, quanto para retirada de medicamentos, as mesmas foram convidadas a participar da pesquisa (antes ou depois do atendimento, conforme desejassem). A coleta de dados dos prontuários ocorreu em períodos (dias da semana, contra turno da entrevista, etc.) diferentes, conforme disponibilidade e conveniência dos pesquisadores envolvidos, no entanto, isto não interferiu na análise dos resultados.

Os dados foram tabulados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e associadas pelo teste Exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado. Em caso de variáveis com várias categorias a análise dos resíduos ajustada foi utilizada para detectar

categorias com maior frequência da esperada. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes. As com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparadas entre os grupos pelo teste de Mann Whitney. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n.2.899.706.

## Resultados

Participaram da pesquisa 112 mulheres diagnosticadas com HIV/Aids, com a média de idade de aproximadamente 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ), sendo que a menor idade tinha 18 anos e a de maior tinha 45 anos na data da coleta dos dados. Ainda, 61,61% se autodeclararam como de raça branca; 54,46% informaram que possuem algum tipo de ocupação laboral; 83,93% não estudam; 64,29% afirmaram ser independentes economicamente; 41,96% possuem renda entre 1-3 salários mínimos; 36,04% são casadas e 25,89% não completaram o primeiro grau.

A tabela 1 demonstra os dados de distribuição relacionados as características sócio demográficas das participantes deste estudo:

Tabela 1: Distribuição das participantes em relação as características sócio demográficas (idade, raça, trabalho, estudo, situação conjugal, renda).

	Média	DP
<b>Idade</b>	34,2	$\pm 7,8$
	N	%
<b>Idade</b>		
18 a 24 anos	15	13,39
25 a 35 anos	41	36,61
36 a 45 anos	56	50,00
<b>Raça</b>		
Branca	69	61,61
Preta	16	14,29
Amarela	02	1,79
Parda	24	21,43
Indígena	01	0,89
<b>Trabalho</b>		
Sim	61	54,46

N=112

Não	51	45,54
<b>Estudo</b>		
Sim	18	16,07
Não	94	83,93
<b>Independente financeiro</b>		
Sim	72	64,29
Não	40	35,71
<b>Renda</b>		
1 salário	34	30,36
1-2 salários	47	41,96
2-3 salários	24	21,43
4-5 salários	06	5,36
6-11 salários	01	0,89
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	24	21,62
Casada	40	36,04
União estável	32	28,83
Separada	06	5,41
Divorciada	05	4,50
Viúva	05	4,50
<b>Escolaridade</b>		
Nunca estudou	01	0,89
Primeiro grau completo	11	9,82
Primeiro grau incompleto	29	25,89
Segundo grau completo	26	23,21
Segundo grau incompleto	12	10,71
Graduação completa	24	21,43
Graduação incompleta	06	5,36
Pós graduação incompleta	10	0,89
Pós graduação completa	02	1,79

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Em relação a forma de contaminação, não houve registro de contaminação por uso de drogas injetáveis, nem por transfusão sanguínea.

Tabela 2: Distribuição das participantes em relação ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

	n	%
<b>Ingere bebida alcoólica</b>		
Não	67	59,8
Sim	43	38,4
<b>Frequência ingere bebida</b>		
Nunca	67	59,8
Uma vez por mês ou menos	24	21,4
2 - 4 vezes por mês	20	17,9

2-3 vezes na semana	1	0,9
<b>Tipo de bebida que ingere</b>		
Cerveja	40	35,7
Vinho	9	8,0
Destilados	3	2,7
<b>Consome drogas</b>		
Não	85	75,9
Sim	27	24,1
<b>Frequência consome drogas</b>		
Nunca	86	76,8
Uma vez por mês ou menos	0	0,0
2 - 4 vezes por mês	1	0,9
2-3 vezes na semana	0	0,0
4 ou mais vezes na semana	25	22,3
<b>Tipo de droga</b>		
Não usa drogas	85	75,9
Cigarro	24	21,4
Maconha	2	1,8
Cocaína	1	0,9

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao comportamento sexual, todas as participantes são sexualmente ativas com uma média de 8 relações/mês; 72,3% afirmaram que usam preservativos, destas, menos da metade (49,1%) disseram usar em todas as relações e 18,8% disseram usar as vezes. O tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV dessas mulheres foi de 128 meses (aprox.. 10 anos) e 58,3% delas já abandonaram o tratamento uma vez pelo menos.

Em relação ao grau de adesão à TARV, das 112 mulheres, 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%).

De acordo com a Tabela 3, quando comparados o grau de adesão para diferentes variáveis sociodemográficas, verificou-se diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre aquelas mulheres que trabalham e aquelas que não trabalham, sendo que das 50 pacientes que não trabalhavam, 25 (50%) tinham grau de adesão estrita enquanto que das 61 que trabalhavam 47 (77%) tinham grau de adesão estrita, e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $P=0,006$ ). Em relação as demais variáveis, não houve outras diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3: Comparação entre os fatores sócio demográficos e o grau de adesão a TARV.

Variáveis Sócio Demográficas	Grau de adesão			P
	n	Adequada	Estrita	
<b>Idade em anos, média±desvio padrão</b>		33,7±7,8	34,7±7,1	0,500

<b>Raça, n(%)</b>				
Branca	68	23 (33,8)	45 (66,2)	0,705
Preta	16	6 (37,5)	10 (62,5)	
Amarela	2	1 (50,0)	1 (50,0)	
Parda	24	8 (33,3)	16 (66,7)	
Indígena	1	1 (100,0)	-	
<b>Trabalha, n(%)</b>				
Não	50	25 (50,0)	<b>25 (50,0)</b>	<b>0,006</b>
Sim	61	14 (23,0)	<b>47 (77,0)</b>	
<b>Estuda, n(%)</b>				
Não	93	34 (36,6)	59 (63,4)	0,657
Sim	18	5 (27,8)	13 (72,2)	
<b>Independente economicamente, n(%)</b>				
Não	40	15 (37,5)	25 (62,5)	0,853
Sim	71	24 (33,8)	47 (66,2)	
<b>Renda mensal, n(%)</b>				
1 salário	33	15 (45,5)	18 (54,5)	0,070
1-2 salários	47	19 (40,4)	28 (59,6)	
2-3 salários	24	4 (16,7)	20 (83,3)	
4 salários ou mais	7	1 (14,3)	6 (85,7)	
<b>Como se identifica, n(%)</b>				
Homem	3	1 (33,3)	2 (66,7)	0,394
Mulher	107	37 (34,6)	70 (65,4)	
Transexual	1	1 (100,0)	-	
<b>Situação Conjugal, n(%)</b>				
Solteira	24	10 (41,7)	14 (58,3)	0,287
Casada	39	11 (28,2)	28 (71,8)	
União estável	32	11 (34,4)	21 (65,6)	
Separada	6	2 (33,3)	4 (66,7)	
Divorciada	5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Viúva	5	1 (20,0)	4 (80,0)	
<b>Escolaridade, n(%)</b>				
Até primeiro grau completo	40	13 (32,5)	27 (67,5)	0,786
Até segundo grau completo	38	15 (39,5)	23 (60,5)	
Graduação incompleta ou mais	33	11 (33,3)	22 (66,7)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Variáveis categóricas comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher e quantitativas pelo teste t de Student para amostras independentes.

Já dentre os fatores comportamentais, das 67 pacientes que não ingerem bebida alcoólica 7 (10,4%) são aderentes e das 45 que não bebem é aderente, havendo relação estatisticamente significativa entre a ingestão de bebida alcoólica e a adesão ao tratamento ( $P=0,040$ ). Ainda, das 71 pacientes que não bebem cerveja, 52 (73,2%) tinham adesão estrita enquanto que das 40 que bebem 20 (50%) tem adesão estrita, havendo associação estatisticamente significativa entre a ingestão de cerveja e o grau de adesão ( $P=0,024$ ). Também 9,7% das que não bebem cerveja

são aderentes enquanto que nenhuma das que bebem cerveja foram consideradas aderentes ( $P=0,049$ ).

Em relação à frequência de uso de preservativo houve associação estatística significativa cujas participantes que relataram usar preservativos às vezes 47,6% tiveram adesão estrita, menos do que o esperado, assim como no grupo dos que dizem usar sempre onde nenhuma teve adesão estrita ( $P=0,013$ ).

No que se refere ao comparecimento a consulta médica, das 24 pacientes que não compareceram a última consulta médica 41,7% tem adesão estrita, enquanto que das 86 que compareceram 72,1% tiveram adesão estrita, havendo associação estatisticamente significativa entre comparecimento à última consulta média e o grau de adesão ( $P=0,011$ ).

Tabela 4: Comparação entre os fatores comportamentais e o grau de adesão a TARV.

Variáveis comportamentais	Grau de adesão			P
	n	Adequada	Estrita	
<b>Ingere bebida alcoólica, n(%)</b>				
Não	66	18 (27,3)	48 (72,7)	0,058
Sim	45	21 (46,7)	24 (53,3)	
<b>Frequência de bebida alcoólica, n(%)</b>				
Nunca	66	18 (27,3)	48 (72,7)	0,067
Uma vez por mês ou menos	24	9 (37,5)	15 (62,5)	
2 - 4 vezes por mês	20	11 (55,0)	9 (45,0)	
2-3 vezes na semana	1	1 (100,0)	-	
4 ou mais vezes na semana	-	-	-	
<b>Tipo de bebida: CERVEJA, n(%)</b>				
Não	71	19 (26,8)	<b>52 (73,2)</b>	<b>0,024</b>
Sim	40	20 (50,0)	<b>20 (50,0)</b>	
<b>Tipo de bebida: VINHO, n(%)</b>				
	10			0,999
Não	2	36 (35,3)	66 (64,7)	
Sim	9	3 (33,3)	6 (66,7)	
<b>Tipo de bebida: DESTILADOS, n(%)</b>				
	10			0,282
Não	8	37 (34,3)	71 (65,7)	
Sim	3	2 (66,7)	1 (33,3)	
<b>Usa drogas (lícitas e ilícitas) , n(%)</b>				
Não	84	28 (33,3)	56 (66,7)	0,639
Sim	27	11 (40,7)	16 (59,3)	
<b>Frequência uso de droga, n(%)s</b>				
Nunca	85	28 (32,9)	57 (67,1)	0,319
Uma vez por mês ou menos	-	-	-	
2 - 4 vezes por mês	1	1 (100,0)	-	
2-3 vezes na semana	-	-	-	
4 ou mais vezes na semana	25	10 (40,0)	15 (60,0)	
<b>Qual tipo de droga, n(%)</b>				0,528

Não usa drogas	84	28 (33,3)	56 (66,7)	
Cigarro	24	9 (37,5)	15 (62,5)	
Maconha	2	1 (50,0)	1 (50,0)	
Cocaína	1	1 (100,0)	-	
Crack	-	-	-	
Drogas sintéticas	-	-	-	
<b>Você deixar de tomar seus medicamentos (TARV) para fazer uso de álcool ou de drogas, n(%)</b>				
	10			
Não	7	37 (34,6)	70 (65,4)	
Sim	4	2 (50,0)	2 (50,0)	0,612
<b>Frequência que isso acontece, n(%)</b>				
	10			
Nunca	6	37 (34,9)	69 (65,1)	
Uma vez por mês ou menos	2	-	2 (100,0)	0,230
2 - 4 vezes por mês	1	1 (100,0)	-	
2-3 vezes na semana	-	-	-	
4 ou mais vezes na semana	-	-	-	
<b>Orientação sexual, n(%)</b>				
	10			
Heterossexual	7	36 (33,6)	71 (66,4)	
Homossexual	1	1 (100,0)	-	0,060
Bissexual	2	2 (100,0)	-	
<b>Quantas relações sexuais no último mês, mediana (IIQ)</b>				
		5 (1-12)	4 (2-10)	0,990
<b>Se não no último mês, quantas no último ano, mediana (IIQ)</b>				
		1 (0-4)	3 (0-8)	0,574
<b>Faz uso de preservativos, n(%)</b>				
Não	30	8 (26,7)	22 (73,3)	
Sim	80	30 (37,5)	50 (62,5)	0,401
<b>Frequência que usa preservativos, n(%)</b>				
	31	8 (25,8)	23 (74,2)	
Nunca	54	15 (27,8)	39 (72,2)	<b>0,013</b>
Sempre	21	11 (52,4)	<b>10 (47,6)</b>	
As vezes	3	3 (100,0)	-	
Na maioria das vezes				
Quanto tempo frequenta o serviço, mediana (IIQ)		92 (24-180)	72 (18-156)	0,216
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: CONSULTA CLINICA, n(%)</b>				
Não	1	-	1 (100,0)	0,999
	10			
Sim	9	38 (34,9)	71 (65,1)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: APOIO PSICOLOGICO, n(%)</b>				
Não	63	22 (34,9)	41 (65,1)	0,999
Sim	47	16 (34,0)	31 (66,0)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: ORIENTAÇÃO FARMACEUTICA, n(%)</b>				
Não	75	24 (32,0)	51 (68,0)	0,432
Sim	36	15 (41,7)	21 (58,3)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: RETIRADA DE INSUMOS, n(%)</b>				

Não	10			
Sim	9	38 (34,1)	71 (65,1)	0,999
	2	1 (50,0)	1 (50,0)	
<b>Tem algum tratamento relacionado a adesão, n(%)</b>				
Não	10			
Sim	1	34 (33,7)	67 (66,3)	0,999
	8	3 (37,5)	5 (62,5)	
<b>Consulta com qual profissional, n(%)</b>				
Médico	73	23 (31,5)	50 (68,5)	0,050
Enfermeiro	3	3 (100,0)	-	
Medico e enfermeiro	32	11 (34,4)	21 (65,6)	
<b>Compareceu a última consulta MEDICA, n(%)</b>				
Não	24	14 (58,3)	<b>10 (41,7)</b>	<b>0,011</b>
Sim	86	24 (27,9)	<b>62 (72,1)</b>	
<b>Frequência que consulta com o medico, n(%)</b>				
Nunca	2	-	2 (100,0)	
1x por mês	14	5 (35,7)	9 (64,3)	
A cada 2 meses	11	6 (54,5)	5 (45,5)	0,379
A cada 3 meses	43	17 (39,5)	26 (60,5)	
A cada 6 meses	32	9 (28,1)	23 (71,9)	
A cada 12 meses	7	1 (14,3)	6 (85,7)	
<b>Compareceu a consulta de enfermagem, n(%)</b>				
Não	61	21 (34,4)	40 (65,6)	0,379
Sim	45	15 (33,3)	30 (66,7)	
<b>Frequência consulta de enfermagem, n(%)</b>				
Nunca	30	10 (33,3)	20 (66,7)	
1x por mês	13	5 (38,5)	8 (61,5)	
a cada 2 meses	3	-	3 (100,0)	
a cada 3 meses	10	2 (20,0)	8 (80,0)	0,822
a cada 6 meses	9	3 (33,0)	6 (66,7)	
a cada 12 meses	12	5 (41,7)	7 (58,3)	
Não faz consulta	31	11 (35,5)	20 (64,5)	
<b>Com que frequência você consulta com o psicólogo, n(%)</b>				
Nunca	50	17 (34,0)	33 (66,0)	
1x por mês	2	2 (100,0)	-	
A cada 2 meses	-	-	-	0,123
A cada 3 meses	3	2 (66,7)	1 (33,3)	
A cada 6 meses	-	-	-	
A cada 12 meses	4	-	4 (100,0)	
Não faz consulta	50	17 (34,0)	33 (66,0)	
<b>Você consulta em alguma UBS aqui no município? , n(%)</b>				
Não	56	21 (37,5)	35 (62,5)	0,743
Sim	55	18 (32,7)	37 (67,3)	
<b>Com que frequência você procura a UBS do seu município, n(%)</b>				
Nunca	55	21 (38,2)	34 (61,8)	
1x por mês	15	7 (46,7)	8 (53,3)	
a cada 2 meses	3	-	3 (100,0)	0,415
a cada 3 meses	9	3 (33,3)	6 (66,7)	
a cada 6 meses	15	5 (33,3)	10 (66,7)	
a cada 12 meses	13	2 (15,4)	11 (84,6)	

**Você procura algum profissional específico da UBS aqui no município, n(%)**

Não	68	25 (36,8)	43 (63,2)	0,677
Sim	42	13 (31,0)	29 (69,0)	

**Qual profissional você procura na UBS, n(%)**

Nenhum	3	-	3 (100,0)	0,155
Enfermeiro	8	1 (12,5)	7 (87,5)	
Médico	28	10 (35,7)	18 (64,3)	
Agente comunitário	2	2 (100,0)	-	
Técnico de enfermagem	2	1 (50,0)	1 (50,0)	
Outros	1	-	1 (100,0)	

**Algum profissional da UBS ou Estratégia de Saúde da Família te visita na sua casa, n(%)**

Não	51	20 (39,2)	31 (60,8)	0,528
Sim	60	19 (31,7)	41 (68,3)	

**Qual profissional, n(%)**

Nenhum	52	20 (38,5)	32 (61,5)	0,546
Enfermeiro	1	-	1 (100,0)	
Médico	-	-	-	
Agente comunitário técnico de enfermagem	52	16 (30,8)	36 (69,2)	
Outros	-	-	-	
	-	-	-	

**Com que frequência fazem visita domiciliar, n(%)**

Nunca	49	18 (37,6)	31 (63,3)	0,572
1x por mês	42	14 (33,3)	28 (66,7)	
A cada 2 meses	8	2 (25,0)	6 (75,0)	
A cada 3 meses	5	3 (60,0)	2 (40,0)	
A cada 6 meses	3	-	3 (100,0)	
A cada 12 meses	-	-	-	
Não sabe	4	2 (50,0)	2 (50,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

## Discussão

Designa-se terapia antirretroviral (TARV), como um método de tratamento para infecções por retrovírus, através de fármacos que ofereçam a melhorar a atenção a saúde às pessoas que convivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (UNAIDS, 2014).

Na tentativa de otimizar o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV, o Ministério da Saúde do Brasil implantou a política nacional de distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais (PADOIN et.al, 2013).

Nesta direção, identificou-se que por meio destas políticas, o número de morbidade e mortalidade para as Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) diminuiram consideravelmente, reduzindo o número de internações hospitalares e aumentando a expectativa de vida, ou seja, além da TARV diminuir a morbimortalidade, também garante o aumento da

expectativa de vida, fazendo com que o perfil da doença se modificasse gradativamente no país, passando de intervenções paliativas para intervenções de controle de doença crônica estável (PICELLI ; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

Desta forma, pode-se considerar que a TARV foi um dos grandes sucessos terapêutico, pois gerou uma influência significativa nas condições clínicas e biológicas para PVHA. Contudo, em indivíduos assintomáticos que possuam a contagem elevada de Linfócitos T-CD4+, a replicação do vírus e a ativação imune crônica são associados ao desenvolvimento de doenças não tradicionais relacionada ao HIV, justificando o início do tratamento precoce, ao qual aumenta a probabilidade de atingir níveis elevados de LT-CD4+, mantendo uma contagem indetectável da carga viral em que proporciona uma expectativa de vida para PVHA semelhante à da população em geral (BRASIL, 2010). Assim, o uso regular dos ARV transformou o HIV de doença com características terminais para uma enfermidade crônica, cujo tratamento contínuo pode promover melhor expectativa e qualidade de vida entre os infectados.

No entanto, para alcançar uma resposta imunológica que garanta uma quantidade de células TCD4 + satisfatória e supressão da carga viral é necessário que o regime terapêutico da TARV seja rigorosamente seguido, tornando, assim a adesão a TARV um dos principais desafios para manejo de mulheres infectadas pelo HIV, uma vez que inúmeros fatores podem influenciar este processo.

Corroborando ao exposto, estudos apontam que a adesão vai além da correta prescrição dos medicamentos e tomar as doses prescritas evitando lacunas temporais (VRIJENS, 2012). A persistência no tratamento com vistas a alta adesão está associada a fatores como conhecimento, recursos, relações interpessoais, rede de apoio, acesso aos serviços de saúde (KAUFMANM, 2014), abrangendo, assim muitos aspectos que impactam na vida dos sujeitos. Na perspectiva da saúde da mulher, somam-se fatores como a multiplicidade de papéis (mãe/esposa/filha/dona de casa/trabalhadora) o que a leva a postergar o cuidado com a própria saúde e, dentre esses cuidados, podemos considerar tanto a prevenção para HIV e demais IST, como também a adesão ao esquema terapêutico quando já diagnosticada (FELIX, CEOLIM, 2012).

Os dados da presente pesquisa permitiram identificar que a maioria das mulheres que fez parte deste estudo apresentaram grau de adesão a TARV classificado como “adesão boa/adequada” e “estrita”. Tais resultados vão ao encontro de pesquisas recentes que utilizaram o mesmo instrumento de mensuração, como por exemplo, pesquisas realizadas por Souza *et al.* (2019) e Menezes *et al.* (2018) cujos resultados quanto ao grau de adesão foram similares a este.

A partir desses resultados, buscou-se associar quais fatores estavam presentes entre as mulheres que apresentavam os melhores resultados relacionados a alta adesão a TARV.

Sob essa perspectiva, dentre as participantes deste estudo e considerando os fatores sócio-demográficos e comportamentais observados, identificou-se que as mulheres que trabalhavam, que declararam nunca ter interrompido o tratamento, ingeriram 01 comprimido/dia, que não consomem bebida alcoólica e comparecem as consultas médicas regularmente são as que apresentaram grau de adesão “estrito”, sendo que nestas associações os resultados foram estatisticamente significativos.

Ao analisar as informações supracitadas, associa-se o fato de trabalhar à adesão estrita, como algo que pode ser decorrente da rotina que habitualmente se cria quando se trabalha (cumprimento de horário fixo, organização de atividades semanais, etc.). Sustentando os dados desta pesquisa, uma revisão sistemática que buscou associar o status de emprego de indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a adesão à terapia antirretroviral (TARV), identificou que indivíduos infectados pelo HIV empregados eram mais propensos a aderir à TARV do que indivíduos desempregados (NACHEGA *et al.*, 2015).

Dando seguimento a análise socioeconômica, há indícios de que quanto o menor nível socioeconômico, maior o risco a não adesão ao tratamento, como discorre Cabral *et al.* (2018) quando considera que a baixa adesão encontrada em sua pesquisa pode estar relacionada a grande discrepância social existente na região onde seu estudo foi conduzido, quando comparado às outras regiões do país.

Ainda, outros estudos também apontam que indivíduos não aderentes, frequentemente apresentam relação do abandono com baixa escolaridade e fatores sócio econômicos (MENEZES, 2018; JAQUES, 2015). O que surpreendentemente não foi observado nesta pesquisa, pois as mulheres que tiveram os melhores resultados de adesão (estrita) tinham baixa escolaridade e renda mensal inferior a 2 salários mínimos.

Estudo conduzido por Freitas (2018) identificou que além da falta de recursos financeiros, o consumo de drogas como fatores predisponentes a não adesão. Nesse sentido, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, verifica-se na literatura que o uso indevido de álcool pode ser considerado como uma barreira para adequada adesão a TARV (SHUBBER *et al.*, 2016; FREITAS, 2018). Desta forma, ao relacionar esta informação com os dados da presente pesquisa, pode-se inferir que a não ingestão de bebidas alcoólicas também pode ser considerado um fator que promove a adesão ao tratamento, uma vez que as mulheres mais aderentes ao tratamento foram aquelas que afirmaram não ingerir bebidas alcoólicas (P=0,001).

Ainda, em relação ao consumo de outras drogas, tanto lícitas como ilícitas (cigarro, maconha, cocaína, crack), destaca-se na literatura associações significativas entre consumo de drogas e não adesão (FREITAS, 2018; XU, 2017; KIM, 2017; DEWING, 2015; YAYA, 2014). Tais informações nos despertam a atenção, pois quando associados aos dados da pesquisa, verificou-se que dentre as participantes que afirmaram consumir tanto drogas lícitas quanto ilícitas, 11,1% afirmaram interromper o tratamento quando consomem drogas. O mesmo foi observado tanto em estudos nacionais quanto internacionais (FREITAS, 2018; COOK *et al.*, 2017).

Já no que se refere ao comportamento sexual, apenas duas participantes afirmaram não ter relações sexuais nos últimos 12 meses, as demais (98,2%) praticaram coito pelo menos uma vez no mês anterior a coleta de dados, essa informação confronta dados da literatura, cujos participantes relataram não possuir vida sexual ativa ou perda do prazer sexual após o diagnóstico, justificado pelo fato de ter que revelar o diagnóstico aos prováveis parceiros (MENEZES, 2018). Tal fato pode ser justificado nesta pesquisa pela população escolhida, ainda, a idade média das participantes foi de 34 anos, ou seja, a maioria estava no auge da maturidade sexual, além de que a maioria está numa relação estável ou é casada.

Sob a ótica do comportamento de risco, o fato de mais da metade das mulheres que fazem sexo desprotegido já terem abandonado o tratamento pelo menos uma vez é preocupante, pois quando o tratamento não é seguido corretamente aumentam as chances de resistência viral, aumento da carga viral e diminuição das células CD4+, com conseqüente depleção do estado de saúde dessa mulheres e ainda, aumenta as chances de disseminação da doença (RIGHETTO, REIS, REINATO, GIR, 2014; PEDROSA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, ações de aconselhamento e acompanhamento dos profissionais de saúde são ferramentas essenciais para o sucesso da terapêutica e quebra da cadeia de transmissão, haja vista que o aconselhamento permite o diálogo entre profissionais/sujeitos e seu planejamento se dá de forma singular, percebendo a individualidade de cada sujeito e permitindo a integralidade das ações no serviço (ROCHA, 2016), ademais, o aconselhamento surge com uma proposta de reconstrução das práticas de saúde, pautado em uma relação dialógica entre profissionais/usuários, sinalizando a existência de um movimento que contempla necessidades e modos tecnológicos de agir (SOUZA, 2010).

Corroborando ao exposto, nesta pesquisa o fato de comparecer a consulta com infectologista esteve associado com a melhor adesão. Nesta direção, verifica-se resultados similares na literatura, os quais podem ser somados a outros fatores como menor intervalo de tempo entre consultas; satisfação com o cuidado e boa relação entre profissionais e usuários do

serviço de saúde, com ênfase para qualidade da relação terapêutica e concordância entre médico/paciente, foram associados a melhores taxas de adesão (CARVALHO, 2019).

Sob esta lógica da relação profissional-paciente é importante destacar que o suporte de uma equipe multidisciplinar e médica integrada nos serviços de saúde podem favorecer a adesão (BONOLO, 2007), haja vista os resultados desta pesquisa, que apesar de não apresentarem significância estatística, demonstraram que a maioria das participantes que tinham adesão estrita, passavam por consultas com outros profissionais além do médico, bem como possuíam vínculo com alguma Unidade Básica de Saúde e também recebiam visitas domiciliares, o que reforça o entendimento de que quebrar as barreiras dos serviços de saúde permite maior acessibilidade aos serviços, melhora a relação com a equipe, que passa a compreender a necessidade do tratamento e o adequado acompanhamento do paciente, tornando-se elementos fundamentais na promoção da adesão (GOMES, 2009; BRASIL, 2007; SILVA *et al.*, 2015).

Desta forma, o cuidado passa a ser objeto de atenção das equipes de saúde, em especial o cuidado às mulheres, uma vez que são necessárias estratégias que facilitem o acesso aos serviços, promovam adesão ao tratamento e garantam melhor qualidade de vida, reconhecendo a complexidade da vida da maioria dessas mulheres e colocando-as no centro de todos os esforços para criação de espaços que propiciem a execução do cuidado de forma qualificada, resultando no melhor controle do HIV (UNAIDS, 2017).

Logo, o cuidado efetivo deve estar organizado de forma que atenda as reais necessidades dessas mulheres. E, neste contexto, o presente trabalho traz uma importante contribuição quando mensura o grau de adesão e identifica fatores sócio demográficos e comportamentais que interferem neste resultado, permitindo, assim, uma reflexão acerca das possíveis estratégias que podem promover a adesão a TARV entre as mulheres infectadas pelo HIV.

## **Conclusões**

Ao analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral, dentre a população pesquisada, uma das mulheres com HIV tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%).

No que se refere aos Fatores relacionados à adesão a TARV, verificou-se que dentre os fatores sócio demográficos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre aquelas pacientes que trabalham e aquelas que não trabalham, sendo que

dentre as mulheres que trabalhavam, a maioria possuía adesão estrita. Não houve outras diferenças estatisticamente significativas.

Já para os fatores comportamentais, houve relação estatisticamente significativa entre a ingestão de bebida alcoólica e a adesão ao tratamento, pois a que apresentaram menores níveis de adesão, afirmaram ingerir bebida alcoólica, principalmente cerveja. Também houve associação estatisticamente significativa entre comparecimento à última consulta média e o grau de adesão, na qual as mulheres que compareceram a consulta, foram mais aderentes do que as que não compareceram.

Como limitação desta pesquisa, identificamos que os dados da adesão foram mensurados somente entre pessoas que compareceram ao SAE, logo, os dados podem estar superestimados uma vez que as pessoas que procuram os serviços tendem a ter mais cuidado com sua saúde. Portanto, sugere-se a realização de pesquisas que busquem identificar as mulheres que vivem com HIV e não frequentam os serviços especializados.

## Referências

BELZER M.E, NAAR-KING S, OLSON J, SARR M, THORNTON S, KAHANA SY, *ET AL.*. The use of cell phone support for non-adherent HIV-infected youth and young adults: an initial randomized and controlled intervention trial. *AIDS Behav* [Internet]. v. 18, n(4), p.:686-96, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24271347>

BONOLO P, GOMES RRFM, GUIMARÃES MD. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv. Saúde*. N.16. v4, p. 267-278, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids**. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. **Protocolo em Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília, 2007.

CABRAL, JR; RAMOS, YTM, CABRAL, LR *et al.*. Qualidade De Vida E Fatores Associados Em Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS. *Cogitare Enferm*. V. 23, n.2: e54742, 2018

CARVALHO, PP *et al.* . Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 2543-2555, July 2019 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2020. Epub July 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>.

CHAMMA JP, MONTELEONE VF, REIS VL, BONAFE SM, PANÃO M. Management of HIV during pregnancy. **Int J AIDS Res.** V.3(6), p.:86-90, 2016.

DEWING S, MATHEWS C, LURIE M, KAGEE A, PADAYACHEE T, LOMBARD C. Predictors of poor adherence among people on antiretroviral treatment in Cape Town, South Africa. **AIDS Care.** 2015.

FELIX G, CEOLIM MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP.**v46, n. 4, p. 884-91, 2012.

FREITAS, JP de *et al.* . Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 327-333, June 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000300327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300327&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046>.

JACQUES IJ, SANTANA JM, MORAES DC, SOUZA AF, ABRÃO FM, OLIVEIRA RC. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral entre pacientes em atendimento ambulatorial. **Rev Bras Ciênc Saúde.** V.18, n. 4, p.303-8, 2015.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). WHEN WOMEN LEAD CHANGE HAPPENS: Women advancing the end of AIDS. [internet]. Geneva, 2017.

MENEZES, EG *et al.* . Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 299-304, June 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000300299&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300299&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>.

NACHEGA, JB *et al.* . “Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis.” **Bulletin of the World Health Organization** vol. 93,1, p. 29-41. 2015. doi:10.2471/BLT.14.138149

PADOIN SMM, ZUGE SS, SANTOS EE, PRIMEIRA MR, ALDRIGHI JD, PAULA CC. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.**v. 18, n. 3, p.: 446-51, 2013

PEDROSA SC, LIMA ICV, VASCONCELOS BA, CUNHA GH, PEREIRA MLD, GALVÃO MTG. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana?. **Rev Rene.** V. 18, n.3, p.:300-6, 2017.

PEREIRA LD, ALBUQUERQUE JR, SANTOS JM, LIMA FLA, SALDANHA ANW. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde.** V. 16, n.2, p.:149-60, 2012.

PICELLI I; DÍAZ-BERMÚDEZ XP. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. **Saude soc.** V. 23, n. 2, p.: 496-509, 2014.

RIGHETTO RC, REIS RK, REINATO LAF, GIR E. Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Rev Rene.**v. 15, n(6), p. :942-8, 2014.

ROCHA, S; FELTES, HPM. Multimodalidade da linguagem nas campanhas de prevenção HIV/Aids: uma análise cognitiva e cultural. *Signo*. Santa Cruz do Sul, v. 41, n. 70, p. 75-87, jan./jun. 2016

SCAMARDI SN, MACHADO CM, FREITAS GM, MAIA IL, MIYAZAKI COM. Adesão à Terapia Antirretroviral em pacientes HIV+/AIDS: aspectos psicossociais HIV+/AIDS: adesão ao tratamento. **Arq Ciênc Saúde.** V. 20, n.(1), p.:22-6, 2013.

SHUBBER, Z *et al.*. “Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis.” **PLoS medicine.** vol. 13,11, 2016.

SILVA ACO. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2013.

SILVA JAG, DOURADO I, BRITO AMD, SILVA CALD. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* V. 31(6), P.1188-1198, 2015.

SOUZA FBA, SAMPAIO ACL, GOMES MP, *et al.*. Mudanças no Cotidiano de Mulheres Vivendo Com Hiv: Análise Ambulatorial, Rj, Brasil. **Rev Fund Care Online.** V. 11, n.5, p.:1260-1265. 2019.

SOUZA VS; CZERESNIA D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública.** V. 44(3). P.441-7, 2010.

SPIERS J, SMITH JA, POLIQUIN E, ANDERSON J, HORNE R. The experience of antiretroviral treatment for black West African women who are HIV positive and living in London: an interpretative phenomenological analysis. *AIDS Behav.* V. 20, n. (9), p. :2151-63, 2016.

XU L, MUNIR K, KANABKAEW C, LE COEUR S. Factors influencing antiretroviral treatment suboptimal adherence among perinatally HIV-infected adolescents in Thailand. **PLoS ONE.** V. 12(2): e0172392, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172392>KIM, 2017;

YAYA I, LANDOH DE, SAKA B, WASSWA P, ABOUBAKARI AS, N'DRI MK, PATASSI AA, KOMBATÉ K, PITCHE P. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. **BMC Public Health.** V.14(1):1, 2014.

## 8 MANUSCRITO 2 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS A ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NAS MULHERES COM HIV EM FASE REPRODUTIVA

*CLINICAL CHARACTERISTICS RELATED TO ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN WOMEN IN THE REPRODUCTIVE PHASE*

*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN MUJERES EN LA FASE REPRODUCTIVA*

### **Resumo**

**Introdução:** Estudos apontam que as mulheres com HIV são mais vulneráveis as adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais. **Objetivo:** analisar as características clínicas que se relacionam a adesão a TARV nas mulheres com HIV em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do país. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal, na qual fizeram parte todas as mulheres com HIV, com prontuários ativos, que tiveram algum tipo de atendimento no Serviço de Atenção Especializada do município de Itajaí/SC. Utilizou-se instrumento validado que avalia o grau de adesão criado e outro instrumento para coleta das informações relacionadas as variáveis sócio demográficas, clínicas e comportamentais. A análise e apresentação dos resultados foi por meio de estatística descritiva e inferencial. Esta pesquisa foi aprovada sob parecer n.2.899.706. **Resultados:** Totalizaram 112 mulheres com HIV, cuja média de idade foi de 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ). A maioria (89%) foi infectadas por relação sexual e o tempo médio de diagnóstico foi de 122 meses. Ainda, 82,14% apresentaram carga viral indetectável e 51,35% células TCD+ entre 501 a 1000 cópias/ml. Em relação ao grau de adesão à TARV, 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), 39 tinham um nível adequado (34,8%) e 72 tinham um nível estrito (64,3%). **Conclusões:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o grau de adesão entre mulheres que já interromperam o tratamento pelo menos uma vez e apesar das demais variáveis não apresentarem associações significativamente relevantes, todas devem ser consideradas, uma vez que estas variáveis estão intimamente ligadas a manutenção da qualidade de vida e melhores condições de saúde das mulheres infectadas com HIV.

**Palavras-chave:** HIV, Terapia Antirretroviral, Adesão, Saúde da Mulher.

### **Abstract**

**Introduction:** Studies indicate that women are more vulnerable to adversities related to adherence to antiretrovirals. **Objective:** to analyze the clinical characteristics related to adherence to ART in women in reproductive phase in a priority municipality in the south of the country. **Methodology:** This was a quantitative cross-sectional survey, in which all women with active medical records, who had some kind of assistance at the Specialized Care Service in the municipality of Itajaí / SC, took part. A validated instrument was used to assess the degree of adherence created and another instrument to collect information related to socio-demographic, clinical and behavioral variables. The analysis was performed using the SPSS version 20.0 statistical package and the Microsoft Excel for Windows 2010 spreadsheet. This research was approved under opinion 2.899.706. **Results:** Totaled 112 women. Of these, the average age was 34 years (SD: + 7.8). The majority (89%) were infected through sexual intercourse and the

average time of diagnosis was 122 months. In addition, 82.14% had an undetectable viral load and 51.35% TCD + cells between 501 to 1000 copies / ml. Regarding the degree of adherence to ART, 1 had a poor adherence level (0.9%), 39 had an adequate level (34.8%) and 72 had a strict level (64.3%). **Conclusions:** Statistically significant differences were found for the degree of adherence between women who have already interrupted treatment at least once and although the other variables do not present significantly relevant associations, all must be considered, since these variables are closely linked to maintaining quality of life and better health conditions for women infected with HIV.

**Keywords:** HIV, Antiretroviral Therapy, Adherence, Women's Health

### **Resumen**

**Introducción:** los estudios indican que las mujeres son más vulnerables a las adversidades relacionadas con la adherencia a los antirretrovirales. **Objetivo:** analizar las características clínicas relacionadas con la adherencia al TAR en mujeres en fase reproductiva en un municipio prioritario del sur del país. **Metodología:** Esta fue una encuesta cuantitativa transversal, en la que participaron todas las mujeres con registros médicos activos, que tuvieron algún tipo de asistencia en el Servicio de Atención Especializada en el municipio de Itajaí / SC. Se utilizó un instrumento validado para evaluar el grado de adherencia creado y otro instrumento para recopilar información relacionada con variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y la hoja de cálculo Microsoft Excel para Windows 2010. Esta investigación fue aprobada bajo la opinión 2.899.706. **Resultados:** totalizaron 112 mujeres. De estos, la edad promedio fue de 34 años (DE: + 7.8). La mayoría (89%) se infectaron a través de las relaciones sexuales y el tiempo promedio de diagnóstico fue de 122 meses. Además, 82.14% tenía una carga viral indetectable y 51.35% células TCD + entre 501 a 1000 copias / ml. En cuanto al grado de adherencia al TAR, 1 tenía un nivel de adherencia deficiente (0,9%), 39 tenía un nivel adecuado (34,8%) y 72 tenía un nivel estricto (64,3%). **Conclusiones:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el grado de adherencia entre las mujeres que ya han interrumpido el tratamiento al menos una vez y, aunque las otras variables no presentan asociaciones significativamente relevantes, todas deben considerarse, ya que estas variables están estrechamente relacionadas con el mantenimiento calidad de vida y mejores condiciones de salud para mujeres infectadas con VIH.

**Palabras clave:** VIH, terapia antirretroviral, adherencia, salud de la mujer.

### **Introdução**

No Brasil, as mulheres constituem a maior porcentagem da população, sendo o quantitativo de 105.996.973 mulheres, 103.189.829 homens, em um universo de 208.186.802 habitantes (IBGE, 2018).

Do ponto de vista da saúde da mulher, nota-se expansivas ações no controle e combate ao câncer de mama e câncer de colo uterino. Este último tem relação direta com a contaminação por HPV, a qual se dá por meio de contato sexual desprotegido. Logo, uma mulher suscetível ao HPV também está totalmente vulnerável a infecção pelo HIV, no entanto, não se observa ou

pouco se observa essa associação durante as campanhas ou durante as consultas ginecológicas, por exemplo.

Ainda, sob a lógica da prevenção do câncer de colo uterino, as mulheres que vivem com o HIV têm risco quatro a cinco vezes maior de desenvolver câncer cervical, uma vez que infecções causadas pelo HPV são mais difíceis de serem controladas em indivíduos imunodeprimidos. Entre as mulheres que vivem com HIV, as taxas de prevalência de HPV podem chegar a níveis tão altos quanto 80% na Zâmbia e 90-100% em Uganda (UNAIDS, 2017).

No que tange as coinfeções por outras IST, estudos indicam associação significativa entre HIV e demais IST, pois tem-se encontrado nas pesquisas um número elevado de casos de mulheres reagentes para sífilis com exames positivos tanto para HIV e Hepatite C, evidenciando maior risco de transmissão do HIV em relações com a presença de outras IST (SILVA *et al.*, 2017; MAFRA, 2016).

Embora a literatura apresente estes dados significativos, verifica-se que no âmbito da saúde da mulher, o maior enfoque no rastreamento, controle e tratamento das IST, incluindo o HIV, centra-se durante o pré-natal, pois neste momento são realizados protocolarmente testes rápidos para sífilis, hepatites virais e HIV, tendo como um dos intuitos principais a não contaminação dos bebês seja durante a gestação, parto ou amamentação.

Vilela e Barbosa (2017) sustentam as alíneas acima ao discorrerem que a não priorização das mulheres no cenário epidemiológico brasileiro, restringem as ações de identificação de novos casos de HIV apenas as gestantes, limitando o acesso das não grávidas a diagnose e tratamento imediato.

Já no que tange a oferta de medicamentos e adesão ao tratamento, identifica-se que a cobertura do tratamento é maior entre as mulheres (52% [48-57%]) do que os homens (41% [33-49%]), resultando em uma redução das mortes relacionadas à Aids, desde 2010, maior entre as mulheres adultas (33% de diminuição) em comparação com homens adultos (uma redução de 15%). No entanto, os dados epidemiológicos vão ao encontro das informações já expostas acima, pois evidenciam que a cobertura é maior e mais efetiva entre as mulheres grávidas, ao passo que os esforços ainda não conseguem atingir mulheres jovens e mais velhas que não estão grávidas (UNAIDS, 2017<sup>b</sup>).

Estudos também reforçam que as mulheres são mais vulneráveis às adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais, devido aos estigmas e restrito apoio social a que estão sujeitas, justificando, assim, a necessidade de maior atenção as mulheres em fase reprodutiva e

em baixa adesão ao tratamento visto que essas possibilitam maior contaminação tanto por via sexual quanto por transmissão vertical (SPIERS *et al.*, 2016; CHAMMA *et al.*, 2016)

Diante deste cenário, a presente pesquisa tem como objetivo analisar as características clínicas que se relacionam a adesão a TARV nas mulheres com HIV em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do país.

## **Metodologia**

Trata-se de um recorte de uma tese de doutorado intitulada “Fatores relacionados à adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva em um município prioritário do Sul do País”, sendo esta uma pesquisa quantitativa transversal, na qual fizeram parte todas as mulheres com HIV, com prontuários ativos, que tiveram atendimento médico e/ou de enfermagem e/ou psicológico e/ou fisioterapêutico e/ou retirada de medicamentos no Serviço de Atenção Especializada do município de Itajaí/SC.

A amostra foi selecionada por conveniência, considerando os seguintes critérios de inclusão: Ter idade entre 18 – 45 anos; Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica); Ter prontuário ativo no serviço especializado do município, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais; Estar cadastrado no SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município; estar em uso da TARV há mais de três meses conforme o cadastro no SICLOM; Ser biologicamente do sexo feminino. Ainda, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: Ter alterações das condições cognitivas que possam prejudicar a resposta aos questionamentos; Estar em uso da TARV por menos de três meses; Não autorizar a consulta ao seu prontuário pelos pesquisadores; Ser Menor de 18 anos.

A coleta dos dados quantitativos se deu de duas formas: a primeira por meio de dois instrumentos de pesquisa, sendo o primeiro um questionário que avalia o grau de adesão criado e validado por Remor e col. (2006, 2007, 2008, 2013, 2015, 2017) e segundo questionário organizado pelo pesquisador para coleta das demais informações pertinentes a pesquisa. A segunda forma de coleta foi através da consulta aos prontuários das participantes, para identificação das informações que as pacientes não souberam informar claramente aos pesquisadores (Classe do ARV, Contagem de Células TCD4, Carga viral, dentre outras).

Os pesquisadores se dirigiram ao serviço de atendimento especializado do município e, durante o aguardo das mulheres, tanto para consultas quanto para retirada de medicamentos, as mesmas foram convidadas a participar da pesquisa (antes ou depois do atendimento, conforme

desejassem). A coleta de dados dos prontuários ocorreu em períodos (dias da semana, contra turno da entrevista, etc.) diferentes, conforme disponibilidade e conveniência dos pesquisadores envolvidos, no entanto, isto não interferiu na análise dos resultados.

Os dados foram tabulados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e associadas pelo teste Exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado. Em caso de variáveis com várias categorias a análise dos resíduos ajustada foi utilizada para detectar categorias com maior frequência da esperada. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes. As com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparadas entre os grupos pelo teste de Mann Whitney. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 2.899.706.

## **Resultados**

Totalizaram 112 mulheres diagnosticadas com HIV/Aids. Destas, a média de idade foi de aproximadamente 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ), sendo que a mais jovem tinha 18 anos e a de maior idade tinha 45 anos na data da coleta dos dados. Ainda, 69 (61,61%) se autodeclararam como de raça branca (61,61%); 61 (54,46%) informaram que possuem algum tipo de ocupação laboral; 94 (83,93%) não estudam; 72 (64,29%) afirmaram ser independentes economicamente; 47(41,96%) possuem renda entre 1-3 salários mínimos; 40 (36,04%) são casadas e 29 (25,89%) não completaram o primeiro grau.

A forma de transmissão por relação sexual teve prevalência de 75,89% (85); o tempo de diagnóstico médio foi de 122 meses, sendo o mínimo de 6 meses (5,36%) e o máximo (10,71%) de 340 meses.

Quanto a carga viral, 92 (82,14%) apresentaram o último exame com carga viral indetectável e 57 (51,35%) células TCD+ entre 501 a 1000 cópias/ml. Ainda, a maioria delas faz uso de terapia combinada, sendo que os ITRN + IP foram a maioria dos ARV prescritos (50%), seguido por ITRN + ITRNN (27,68%) e ITRN + Inibidores de Integrase (16,07%). A tabela 1 detalha estas informações.

Tabela 1: Distribuição das participantes quanto as variáveis clínicas (forma de contaminação, tempo de diagnóstico, carga viral e contagem de células TCD4+.

Variáveis	n	%
N=112		
<b>Forma como adquiriu HIV</b>		
Relação sexual	85	75,89
Transmissão vertical	05	4,46
Não sabe	22	19,64
<b>Tempo diagnóstico</b>		
até 6 meses	06	5,36
07 a 12 meses	10	8,93
13 a 24 meses	07	6,25
25 a 36 meses	09	8,04
37 a 48 meses	04	3,57
49 a 60 meses	04	3,57
61 a 120 meses	22	19,64
121 a 240 meses	38	33,93
≥ 240 meses	12	10,71
<b>Carga Viral**</b>		
Indetectável	92	82,14
51 a 2000 cópias/ml	09	8,04
2001 a 5000 cópias/ml	02	1,79
5001 a 10000 cópias/ml	04	3,57
10001 a 50000 cópias/ml	03	2,68
> 100001 cópias/ml	01	0,89
<b>Células TCD4+**</b>		
Até 500 cópias/ml	29	26,12
501 a 1000 cópias	57	51,35
> 1000 cópias	25	22,52
<b>Classe dos ARV</b>		
ITRN)	1	0,89
IP	3	2,68
ITRN + ITRNN	31	27,68
ITRN + IP	56	50,00
ITRN + INIBIDORES DE FUSÃO	1	0,89
INIBIDORES DE FUSÃO + INIBIDORES DE INTEGRASE	1	0,89
ITRN + INIBIDORES DE INTEGRASE	18	16,07
IP + INIBIDORES DE INTEGRASE	1	0,89

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. / \*\* Não foi possível encontrar os valores de um paciente.

Em relação ao grau de adesão à TARV, das 112 mulheres, 39 tinham um nível adequado (34,8%), 72 tinham um nível estrito (64,3%) e 1 tinha um nível de adesão ruim (0,9%), sendo esta última foi excluída da análise estatística inferencial.

Quando relacionado o grau de adesão com o tempo de uso de ARV, verificou-se que as que possuíam adesão estrita estavam a mais tempo em uso das medicações e menor tempo de diagnóstico do HIV. Porém, no que se refere a contagem da carga viral e células TCD4, as mulheres com adesão adequada apresentaram melhores resultados, conforme detalha a tabela 2.

Tabela 2: Grau de adesão a TARV conforme tempo de diagnóstico, carga viral, células TCD4 e tempo de uso de ARV.

Variáveis clínicas	Grau de adesão		N=112
	Adequada	Estrita	P
<b>Tempo de diagnóstico em meses completos, média±desvio padrão</b>	133,1±99,3	114,6±83,7	0,301
<b>Carga viral plasmática (nº cópias/ml), mediana (IIQ)</b>	1215 (600-6087)	4663 (804-17991)	0,545
<b>Contagem de Células TCD4 em nº células, média±desvio padrão</b>	774,7±431,6	762,9±326,5	0,872
<b>Tempo de uso de ARV em meses completos, mediana (IIQ)</b>	60 (36-156)	84 (24-132)	0,378

Fonte: Dados de pesquisa.

Quando comparado o grau de adesão com outras variáveis clínicas (tabela 3), verificou-se que dentre as mulheres que adquiriram HIV por transmissão vertical, a maioria (80%) foi classificada como adesão adequada, enquanto as que adquiriram por relação sexual, a maioria (64,3%) foram classificadas como adesão estrita.

No que se refere a ingestão de comprimidos, os dados evidenciaram que a mediana do número de comprimidos utilizados para tanto para os classificados como adesão adequada (intervalo interquartil de 2 a 5) quanto para os com adesão estrita (intervalo interquartil de 1 a 3) foi de 3 comprimidos/dia.

Tabela 3: Comparação entre características clínicas e o grau de adesão a TARV.

Variáveis clínicas	Grau de adesão			N=112
	N	Adequada	Estrita	P
<b>Como adquiriu HIV, n(%)</b>				
Relação sexual	84	30 (35,7)	54 (64,3)	0,052
Drogas injetáveis	-	-	-	

Transfusão sanguínea	-	-	-	
Transmissão vertical	5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Não sabe	22	5 (22,7)	17 (77,3)	
<b>Já interrompeu tratamento, n(%)</b>				
Não	56	11 (19,6)	<b>45 (80,4)</b>	<b>0,001</b>
Sim	55	28 (50,9)	<b>27 (49,1)</b>	
<b>Classe de medicamentos antirretrovirais utilizada, n(%)</b>				
Sem registro no SICLOM	1	1 (100,0)	-	
ITRN	22	11 (50,0)	11 (50,0)	
ITRNN	-	-	-	0,133
IP	3	-	3 (100,0)	
Inibidores de Fusão	-	-	-	
Inibidores da Integrase	1	-	1 (100,0)	
ITRN +ITRNN	31	7 (22,6)	24 (77,4)	
ITRN+ IP	53	20 (37,7)	33 (62,3)	
ITRN + IP +ITRNN	-	-	-	
<b>Quantidade de comprimidos, mediana (IIQ)</b>				
		3 (2-5)	3 (1-3)	0,160
<b>Frequência que toma comprimidos, n(%)</b>				
Nunca	1	-	1 (100,0)	
1-3 vezes	103	36 (35,0)	67 (65,0)	0,817
4-5 vezes	3	1 (33,3)	2 (66,7)	
6-10 vezes	4	2 (50,0)	2 (50,0)	
Mais de 10 vezes	-	-	-	

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar os dados da tabela 3, verificou-se que a variável relacionada a interrupção do tratamento apresentou diferença estatisticamente significativa, uma vez que das 56 mulheres que disseram não ter interrompido o tratamento 45 (80,4%) tinham grau de adesão estrita e das 55 mulheres que disseram ter interrompido 27 (49,1%) tinham adesão estrita (P=0,001).

Dando continuidade, os dados da tabela 4 evidenciam que a maioria das mulheres (94,2%) nunca teve outra IST além do HIV e, dentre essas mulheres, 64% apresentaram adesão estrita.

Ainda, dentre as mulheres que tiveram ou têm alguma outra IST desde o diagnóstico de HIV (n=15), 60% delas tiveram Sífilis, 33,3% HPV e 6,6% contraiu Hepatite B.

Tabela 4: Relação entre o grau de adesão e a ocorrência de outras doenças infecciosas, realização do exame preventivo e resultado do exame.

Variáveis clínicas	Grau de adesão			P
	N	Adequada	Estrita	
<b>Possui outra doença infecciosa, n(%)</b>				
Não	106	36 (34,0)	70 (66,0)	0,127
Sim	4	3 (75,0)	1 (25,0)	
<b>Tem ou teve outra IST além do HIV, n(%)</b>				
Não	86	31 (36,0)	55 (64,0)	0,998
Sim	15	6 (40,0)	9 (60,0)	
<b>Se sim, qual IST, n(%)</b>				
HPV	5	-	5 (100,0)	0,082
Hep. B	1	-	1 (100,0)	
Gonorreia	-	-	-	
Clamídia	-	-	-	
Sífilis	9	5 (55,6)	4 (44,4)	
Vaginose	-	-	-	
Outra	-	-	-	
<b>Última vez que fez exame citológico, n(%)</b>				
Nunca coletou	6	1 (16,7)	5 (83,3)	0,454
1 ano ou menos	66	24 (36,4)	42 (63,6)	
Entre 1 e 3 anos	27	8 (29,6)	19 (70,4)	
Entre 3 e 5 anos	1	-	1 (100,0)	
Mais de 5 anos	11	6 (54,5)	5 (45,5)	
<b>Resultado do exame citológico, n(%)</b>				
Sem alterações	82	28 (34,1)	54 (65,9)	0,487
Alterações citológicas	5	1 (20,0)	4 (80,0)	
IST (Cândida)	1	1 (100,0)	-	
Inflamação	19	6 (31,6)	13 (68,4)	

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando os dados da pesquisa, disponíveis na tabela 4, também foi possível verificar que 26,86% das mulheres com HIV que tiveram alteração no preventivo. Dentre estas mulheres que tiveram resultado alterado no exame citológico, apresentaram inflamação (79,31%), alterações citológicas (17,24%) e Cândida (3,44%). Ainda, verificou-se que dentre as mulheres que apresentaram inflamação, a média de células CD4+ foi de 794,7 células/mm<sup>3</sup> e a carga viral média foi de 23.441 cópias/mm<sup>3</sup>.

Também foi possível identificar que a média da contagem das células CD4+, dentre as infectadas pelo HPV, foi de 713 células/mm<sup>3</sup> e a maioria (80%) com carga viral indetectável.

E, relacionando os resultados do exame citológico e ocorrência de outras IST com a adesão (tabela 4), foi possível verificar que das 25 pacientes com alguma alteração no exame preventivo 8 (32,0%) tinham um grau de adesão adequado e 17 (68%) tinham um nível de

adesão estrita. Enquanto dentre as que tinham diagnóstico de HPV, 100% tiveram adesão estrita, já as com diagnóstico de sífilis, a maioria (55,6%) tiveram adesão adequada e 44,4% adesão estrita. Porém, não houve associação entre a presença de alterações no exame preventivo e o grau de adesão à TARV ( $P=0,487$ ), nem a ocorrência de outras IST e o grau de adesão ( $P=0,082$ ).

## Discussão

De acordo com a União das Nações Unidas para a Aids, somente ocorrerá o controle da epidemia, quando todos que necessitarem do tratamento tiverem acesso a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2014). Assim, foi estabelecida a meta tríplice “95 – 95 – 95” cujo objetivo é que, até 2030, 95% dos soropositivos conheçam sua condição, que 95% deles recebam tratamento, e que 95% dos mesmos suprimam sua carga viral e desta forma, alcancemos a erradicação da Aids (UNAIDS, 2016).

Porém, mais do que ter acesso aos fármacos é necessário que o uso contínuo deles seja rigorosamente seguido, caracterizando, assim a adesão ao tratamento. Nesse sentido, os dados da presente pesquisa permitiram identificar que a maioria das mulheres que fizeram parte deste estudo apresentaram grau de adesão a TARV classificado como “adesão boa/adequada” e “estrita”. Tais resultados vão ao encontro de pesquisas recentes que utilizaram o mesmo instrumento de mensuração cujos resultados quanto ao grau de adesão foram similares a este (SOUZA *et al.*, 2019; GALVÃO, 2019; MENEZES *et al.*, 2018).

A partir destes dados, buscou-se associar quais características estavam presentes entre as mulheres com HIV que apresentavam os melhores resultados relacionados a adesão a TARV.

Analisando a literatura, verifica-se que não há consenso quanto a ser homem ou mulher e a adesão a TARV, uma vez que há estudos que apontam melhores resultados para adesão em mulheres, enquanto outros apontam para homens. No entanto, há de se considerar os dados desta pesquisa, na qual pode-se verificar que as participantes são jovens, no auge da fase reprodutiva/sexual (média de idade 34 anos), as quais em sua maioria, inclusive, foram contaminadas por meio de relações heterossexuais desprotegidas.

Corroborando ao exposto, dentre os diversos danos que ocorrem à saúde ocasionados pelas IST, referindo-se especificamente ao HIV, os mais graves tendem a ocorrer em mulheres e recém-nascidos, pois as complicações incluem doenças inflamatórias pélvica que gera infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, aumentando o risco de mortalidade materna associado a câncer de colo de uterino devido a alguns subtipos de HPV, correlacionado com a

imunodeficiência promovida pelo HIV. Ainda, referente a complicações em recém-nascidos encontra-se a sífilis congênita, infecção por gonococo, clamídia e hepatite B, ao qual a sífilis materna tem se destacado estimando-se de aproximadamente 116.000 gestantes com sífilis e cerca de 29.000 crianças com sífilis congênita (WHO, 2013).

Desta forma, a adequada adesão ao tratamento está diretamente relacionada a diminuição da transmissão do HIV, pois quando a carga viral se apresenta indetectável, menores são as chances de propagação do vírus, incluindo a melhora do estado imunológico e evitando a ocorrência de coinfeções (RIGHETTO, REIS, REINATO, GIR, 2014; PEDROSA *et al.*, 2017).

No que se refere ao tratamento medicamentoso, é comum observar nas pesquisas acerca desta temática que a quantidade de comprimidos ingeridos/dia é um fator que interfere na adesão, principalmente pela relação com a dificuldade de manter o tratamento e os efeitos colaterais (WANG, 2007; HANSANA, 2013). Ainda, verifica-se que os que consomem 01 comprimido/dia possuem resultados favoráveis a adesão, como cita uma pesquisa realizada no Brasil sobre o tema que identificou que os melhores resultados para adesão foram entre os pacientes que usavam o regime com o Dolutegravir (inibidores de integrase) uma vez ao dia. Atualmente este é o regime de primeira escolha atualmente usado no Brasil (CARDOSO, 2019). Entretanto, nesta pesquisa este não foi o esquema escolhido como primeira opção.

Dentre os demais fatores que podem influenciar a adesão, o tempo de tratamento e tempo de diagnóstico também são considerados (LANGEBEEK *et al.*, 2014; SCOTT-SUTTON *et al.*, 2016). Nesse sentido, estudo que relacionou a adesão com o tempo de diagnóstico identificou que quanto maior o tempo de diagnóstico, melhor é a adesão (FORESTO, 2017). Porém, nesta pesquisa não houve significância estatística nesta relação, mas o fato de já ter interrompido o tratamento pelo menos uma vez apresentou relação estatisticamente significativa nesta pesquisa, o que pode sugerir que este perfil da clientela está mais propenso a não aderir corretamente ao tratamento ao longo dos anos.

Corroborando ao exposto, Felix & Ceolim (2012) também apresentaram dados significativos no que tange a adesão a TARV por mulheres, pois 55% das entrevistadas alegaram ter abandonado o tratamento em algum momento, justificando o abandono em decorrência de depressão, dificuldades em suportar o tratamento, esquecimento de tomar os medicamentos e, ainda, todas que relataram abandono do tratamento também apresentaram piora do estado de saúde após abandono. Os pesquisadores, ainda observaram que, o número de vezes de situações relacionadas ao abandono do tratamento registradas nos prontuários, foi superior ao número de vezes que as entrevistadas relataram ter abandonado o uso da medicação

durante as entrevistas, podendo levar a reflexão que informar/aceitar/admitir o abandono do tratamento também não é fácil para essas mulheres.

Um dado que nos chamou atenção acerca da realização do exame citológico de colo de útero, foi que dentre as mulheres que nunca fizeram o exame, a média de idade foi 36 anos, com tempo médio de diagnóstico de 167 meses (aprox. 14 anos), com tempo médio que frequentam o serviço de 120 meses (10 anos), ou seja, apesar de frequentarem o serviço há um tempo considerável, 5,3% da amostra passou despercebida pelos serviços de saúde no que se refere ao seguimento com vistas a saúde da mulher.

Pesquisas demonstram que o intervalo médio de progressão do HPV, em mulheres infectadas pelo HIV foi de 3,2 anos, enquanto que as mulheres não infectadas pelo HIV, esse intervalo foi de 15,7 anos, sugerindo, assim, a implementação de medidas de prevenção específicas a esta parcela da população (GALVÃO *et al.*, 2010). Ainda, outros estudos identificaram uma prevalência do HPV entre 15% a 17% entre as mulheres soropositivas (RODRIGUES *et al.*, 2016). Nesta pesquisa a prevalência do HPV foi de 33,3% dentre as mulheres que apresentaram coinfeções, quase o dobro do encontrado na literatura.

É sabido que as células CD4 + são utilizadas como marcadores da imunocompetência das pessoas, logo, uma mulher que apresenta depleção deste tipo de célula está mais propensa a persistência de infecções como HPV, bem como facilidade de contágio e maior agressividade do vírus (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Nesta pesquisa, a média da contagem das células CD4+, dentre as infectadas pelo HPV, foi diferente da observada em estudos internacionais, como por exemplo, em uma corte prospectiva conduzida na Itália com 321 mulheres infectadas com HIV (FUSCO *et al.*, 2018), identificou uma média de 587 células CD4+, valor menor que nesta pesquisa, e a maioria com carga viral indetectável, igual esta pesquisa.

Sobre as demais IST, a sífilis esteve presente em 60% das mulheres diagnosticadas com HIV e outra IST. E, de acordo com os últimos boletins epidemiológicos nacionais, observa-se um movimento epidemiológico caracterizado pelo aumento do número de casos de sífilis não somente em pacientes soropositivos, mas também na população em geral (BRASIL, 2019).

Diante deste cenário, ações de rastreamento de mulheres com HIV devem ser priorizado nos serviços de saúde, pois, em função da falha no sistema imunológico, elas apresentam maior risco para o desenvolvimento de lesões precursoras do câncer do colo do útero e coinfeção por outras IST (RODRIGUES *et al.*, 2016). E que, mesmo sem situações menos graves, mulheres com HIV além de terem menores taxas de regressão de lesões intraepiteliais de baixo grau,

também apresentam maior risco de progressão dessas lesões, principalmente quando apresentam baixa contagem de linfócitos T CD4 (MASSAD, 2009; RODRIGUES, 2016).

Corroborando ao exposto, percebe-se que a mulher, na maioria das vezes, assume uma multiplicidade de papéis (mãe/esposa/filha/dona de casa/trabalhadora) o que a leva a postergar o cuidado com a própria saúde e, dentre esses cuidados, podemos considerar tanto a prevenção para HIV e demais IST, como também a adesão ao esquema terapêutico quando já diagnosticada (FELIX, CEOLIM, 2012).

Logo, partindo do princípio de que a adesão aos antirretrovirais é um comportamento imprescindível para o controle da doença, os profissionais de saúde devem considerar a baixa adesão um motivo de preocupação e, por isso devem reconhecer que a não adesão deve ser trabalhada junto ao sujeito, implementando estratégias que venham potencializar a adesão ao tratamento, dentre as estratégias, a avaliação periódica do tratamento deve ser incentivada a toda equipe multiprofissional responsável pelos cuidados destes pacientes, permitindo uma maior compreensão dos problemas que permeiam os sucessos e insucessos da adesão (REMOR, OGLIARE, SAKAE, GALATO, 2017; MARTINS; MARTINS, 2011).

## **Conclusões**

A maior parte das participantes foi classificada com grau de adesão adequado conforme instrumento de pesquisa utilizado. Ainda, dentre as variáveis analisadas, verificou-se associação estatística significativa entre abandonar o tratamento e o grau de adesão, sendo que as menos aderentes foram as que abandonaram ao menos uma vez.

Apesar das demais variáveis não apresentarem associações significativamente relevantes, alguns dados devem ser considerados, como tempo de diagnóstico e tratamento, número de comprimidos ingeridos/dia, contagem da carga viral e células CD4+, ocorrência de outras IST, em especial o HPV e a realização do exame citopatológico de colo de útero, uma vez que estas variáveis estão intimamente ligadas a manutenção da qualidade de vida e melhores condições de saúde das mulheres infectadas com HIV.

Como limitação desta pesquisa, identificamos que os dados da adesão foram mensurados somente entre pessoas que compareceram ao SAE, logo, os dados podem estar superestimados uma vez que as mulheres com HIV que procuram os serviços tendem a ter mais cuidado com sua saúde.

## **Referencias**

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids**. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 2019.

CARDOSO, RO. Efeito da terapia antirretroviral com Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir nas forças musculares respiratória e periférica de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

CHAMMA JP, MONTELEONE VF, REIS VL, BONAFE SM, PANÃO M. Management of HIV during pregnancy. *Int J AIDS Res*. 2016; 3(6):86-90.

FELIX G, CEOLIM MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP**.v46, n. 4, p. 884-91, 2012.

FORESTO JS, MELO ES, COSTA CRB, ANTONINI M, GIR E, REIS RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38n. 1, p:631-58, 2017.

FUSCO FM, VICHI F, BISANZI S, SANI C, DEGLI ESPOSTI A, BLÈ C, ROSSI R, POMPEO G, CAROZZI F, BLANC P. HPV infection and pre-neoplastic cervical lesions among 321 HIV+ women in Florence, Italy, 2006-2016: prevalence and associated factors. **New Microbiol**. V.41, n.(4), p.:268-273 2018.

GALVÃO, MTG; FREITAS, JG; COSTA, E; LIMA, ICV de; BRITO, DMS de; ROCHA, MAD. Mulheres com HIV: características individuais e da prevenção de câncer cervical. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 99-108, 2010.

GALVÃO, N. Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região de Campos Gerais do estado do Paraná. Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.

HANSANA V, SANCHAISURIYA P, DURHAM J, SYCHAREUN V, CHALEUNVONG K, BOONYALEEPUN S, SCHELP FP. Adherence to antiretroviral therapy (ART) among people living with HIV (PLHIV): a cross-sectional survey to measure in Lao PDR. *BMC Public Health*. V. 28;P. 13:617. 2013 Jun. doi: 10.1186/1471-2458-13-617. PubMed PMID: 23809431; PubMed Central PMCID: PMC3707741.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). WHEN WOMEN LEAD CHANGE HAPPENS: Women advancing the end of AIDS. [internet]. Geneva, 2017.

LANGEBEEK N, GISOLF EH, REISS P, VERVOORT SC, HAFSTEINSDÓTTIR TB, RICHTER C, SPRANGERS MA, NIEUWKERK PT. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Med*. V. 21;p.12:142. 2014. doi: 10.1186/PREACCEPT-1453408941291432.

MAFRA RLP, PEREIRA ED, VARGA IVD MAFRA WCB. Aspects of gender and vulnerability to HIV/AIDS among users of two of specialized services assistance in DST/AIDS of São Luís, Maranhão, Brazil. **Saúde e Sociedade**. V. 25, n. 3, p.:641-51, 2016.

MARTINS, SS; MARTINS, TSS. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, p. 111-118, Mar. 2011 .

MENEZES, EG *et al.* . Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 299-304, June 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000300299&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300299&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>.

PEDROSA SC, LIMA ICV, VASCONCELOS BA, CUNHA GH, PEREIRA MLD, GALVÃO MTG. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana?. **Rev Rene**. V. 18, n.3, p.:300-6, 2017

REMOR E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient**. V.6, n.(2), p.:61–73, 2013.

REMOR, E. Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento antiretroviral (CEAT-VIH). estudio internacional. **Rev. Humanitas**, v. 3, p. 80-81, 2006.

REMOR, E. International Psychometric Study of the Adherence to Antiretroviral Treatment Questionnaire. Paper presented at the meeting of the European Health Psychology Conference, Bath, UK. 2008.

REMOR, E. **Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida**. Guía para el usuario del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida (CEAT-VIH). Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2015.

REMOR, E., MILNER-MOSKOVICS, J., & PREUSSLER, G. Estudo psicométrico para a adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)". **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.(5), 685-694, 2007.

REMOR, KVT; OGLIARO, LC; SAKAE, TM; GALATO D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arq. Catarin Med**. V.46, n. (2), p.: 53-64, 2017.

RIGHETTO RC, REIS RK, REINATO LAF, GIR E. Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Rev Rene**.v. 15, n(6), p. :942-8, 2014.

RODRIGUES, BG; HOLZMANN, APF, SANTOS; LIMA, AGP, GONÇALVES, CA; SANTOS, RPF. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS. *Enfermería Global* N° 44., 2016.

SCOTT-SUTTON S, MAGAGNOLI J, HARDIN JW. Impact of Pill Burden on Adherence, Risk of Hospitalization, and Viral Suppression in Patients with HIV Infection and AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. **Pharmacotherapy**. V. 36, N. 4, P.:385-401. 2016.

SILVA DAR DA, ALVES IGF, BARROS MT, DORNELES FV. Prevalência de sífilis em mulheres. *Enferm. Foco* 8 (3): 61-64, 2017.

SOUZA FBA, SAMPAIO ACL, GOMES MP, *et al.*. Mudanças no Cotidiano de Mulheres Vivendo Com Hiv: Análise Ambulatorial, Rj, Brasil. **Rev Fund Care Online**. V. 11, n.5, p.:1260-1265. 2019.

SPIERS J, SMITH JA, POLIQUIN E, ANDERSON J, HORNE R. The experience of antiretroviral treatment for black West African women who are HIV positive and living in London: an interpretative phenomenological analysis. *AIDS Behav*. V. 20, n. (9), p. :2151-63, 2016.

VILLELA WV, BARBOSA RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):87-96, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs)**: The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: Acesso em: 5 fev. 2020.

## 9 MANUSCRITO 3 - ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE MULHERES EM FASE REPRODUTIVA E FATORES ASSOCIADOS: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

### *ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY OF WOMEN IN REPRODUCTIVE PHASE AND ASSOCIATED FACTORS: A STUDY OF MIXED METHODS*

### *ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE MUJERES EN FASE REPRODUCTIVA Y FACTORES ASOCIADOS: UN ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTOS*

#### **Resumo**

**Introdução:** Estudos reforçam que as mulheres acabam se tornando mais vulneráveis as adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais. **Objetivo:** Analisar os fatores que interferem na adesão Terapia Antirretroviral e compreender como a articulação das ações dos serviços de saúde também podem interferir na adesão a das mulheres com HIV em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa de métodos mistos, na qual se utilizou a estratégia explanatória sequencial. Para tanto, o momento quantitativo foi estudo transversal no qual fizeram parte 112 mulheres com HIV. Utilizou-se um instrumento validado CEAT-VIH que mensura a adesão a terapia antirretroviral e um instrumento construído pelos pesquisadores que caracteriza fatores relacionados a adesão. Os dados foram analisados a luz da estatística descritiva e inferencial. Para o momento qualitativo, adotou-se a Teoria Fundamentada nos Dados, na vertente straussiana, como referencial metodológico. Além das mulheres com HIV, foram incluídos profissionais que atendem a essas mulheres. A coleta e análise dos dados foram concomitantes. Esta pesquisa foi aprovada sob o parecer nº 2.899.706. **Resultados:** Das 112 mulheres com HIV, a média de idade foi de 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ). A maioria (89%) foi infectada por relação sexual e o tempo médio de diagnóstico foi de 122 meses. Em relação a adesão ao tratamento, apenas 6,3% foram consideradas aderentes. Na etapa qualitativa, participaram 31 profissionais de saúde e 11 mulheres com HIV. A análise permitiu a identificação do fenômeno “Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV, os serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento”. **Conclusões:** A integração de dados quantitativos e qualitativos permitiu a identificação de associações que ampliaram o cerne da discussão em relação aos aspectos relacionados aos fatores que podem influenciar na adesão a TARV.

**Palavras-chave:** HIV, Terapia Antirretroviral, Adesão, Saúde da Mulher

#### **Abstract**

**Introduction:** Studies reinforce that women end up becoming more vulnerable to adversities related to adherence to antiretrovirals. **Objective:** To analyze the factors that interfere with adherence to antiretroviral therapy and to understand how the articulation of health service actions can also interfere in adherence to women with HIV in reproductive phase attended in the Health Care Network of a priority municipality in southern Brazil. **Methodology:** It was a mixed methods research, in which the sequential explanatory strategy was used. Therefore, the

quantitative moment was a cross-sectional study in which 112 women with HIV participated. A CEAT-HIV validated instrument was used to measure adherence to antiretroviral therapy and an instrument constructed by researchers that characterizes factors related to adherence. The data were analyzed in the light of descriptive and inferential statistics. For the qualitative moment, the Grounded Theory was adopted, in the Straussian perspective, as a methodological reference. In addition to women with HIV, professionals who care for these women were included. The collection and analysis of data forms concurrent. This survey was approved under opinion No. 2,899,706. **Results:** Of the 112 women with HIV, the average age was 34 years old (SD: + 7.8). The majority (89%) were infected through sexual intercourse and the average time of diagnosis was 122 months. Regarding adherence to treatment, only 6.3% were considered adherent. In the qualitative stage, 31 health professionals and 11 women with HIV participated. The analysis allowed the identification of the phenomenon "Revealing the dynamics of the relationship between women with HIV, health services and the process of adhering to treatment". **Conclusions:** The integration of quantitative and qualitative data allowed the identification of associations that expanded the core of the discussion in relation to aspects related to factors that may influence adherence to ART.

**Keyword:** HIV, Antiretroviral Therapy, Adherence, Women's Health.

## **Resumen**

**Introducción:** los estudios refuerzan que las mujeres terminan volviéndose más vulnerables a las adversidades relacionadas con la adherencia a los antirretrovirales. **Objetivo:** analizar los factores que interfieren con la adherencia a la terapia antirretroviral y comprender cómo la articulación de las acciones de los servicios de salud también pueden interferir en la adherencia a las mujeres con VIH en la fase reproductiva atendidas en la Red de Atención Médica de un municipio prioritario en el sur de Brasil. **Metodología:** fue una investigación de métodos mixtos, en la que se utilizó la estrategia explicativa secuencial. Por lo tanto, el momento cuantitativo fue un estudio transversal en el que participaron 112 mujeres con VIH. Se utilizó un instrumento validado CEAT-VIH para medir la adherencia a la terapia antirretroviral y un instrumento construido por investigadores que caracteriza los factores relacionados con la adherencia. Los datos se analizaron a la luz de las estadísticas descriptivas e inferenciales. Para el momento cualitativo, la teoría fundamentada fue adoptada, en la perspectiva straussiana, como referencia metodológica. Además de las mujeres con VIH, se incluyeron profesionales que atienden a estas mujeres. La recopilación y análisis de formularios de datos concurrentes. Esta encuesta fue aprobada bajo la opinión No. 2,899,706. **Resultados:** De las 112 mujeres con VIH, la edad promedio fue de 34 años (DE: + 7.8). La mayoría (89%) se infectaron a través de las relaciones sexuales y el tiempo promedio de diagnóstico fue de 122 meses. En cuanto a la adherencia al tratamiento, solo el 6,3% se consideró adherente. En la etapa cualitativa, participaron 31 profesionales de la salud y 11 mujeres con VIH. El análisis permitió identificar el fenómeno "Revelando la dinámica de la relación entre las mujeres con VIH, los servicios de salud y el proceso de adhesión al tratamiento". **Conclusiones:** la integración de datos cuantitativos y cualitativos permitió la identificación de asociaciones que expandieron el núcleo de la discusión en relación con aspectos relacionados con factores que pueden influir en la adherencia al TAR. **Palabra clave:** VIH, terapia antirretroviral, adherencia, salud de la mujer.

## Introdução

Segundo o Ministério da saúde, a epidemia de HIV/Aids é vista como um dos maiores problemas de saúde pública das últimas décadas, sendo necessário iniciativas de políticas públicas para a organização da sociedade civil. (BRASIL, 2016).

Estimativas da UNAIDS indicam que, em 2018, havia aproximadamente 37,9 milhões [32,7 milhões—44,0 milhões] de pessoas vivendo com HIV. E, no que se refere especificamente as mulheres, os dados epidemiológicos apontam que todas as semanas, cerca de 6.000 jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV em todo o mundo (UNAIDS,2019).

De acordo com dados do UNAIDS (2017) cada 04 minutos três jovens mulheres são infectadas pelo HIV no mundo e fatores como idade, etnia, desigualdades de gênero, deficiência, orientação sexual e profissão influenciam na capacidade de autoproteção dessas mulheres contra o HIV.

No Brasil, até junho de 2019, foram notificados no SINAN 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo que 31% desses casos são em mulheres. Ainda, no que se refere a dados sobre a contaminação, a maior concentração dos casos foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos, correspondendo a 48,4% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2019 em mulheres (BRASIL, 2019).

Embora os dados relacionados a contaminação do HIV ainda sejam significativos, observou-se ao longo dos últimos anos o aumento da expectativa de vida e diminuição do número de casos relacionados a transmissão da doença, dados justificados pela implantação de ações e estratégias de controle e combate à epidemia (UNAIDS, 2014). Ainda, de acordo com os dados disponibilizados, as taxas de detecção apresentaram estabilização nos últimos anos e, entre as mulheres, observam-se reduções nas taxas de detecção de todas as faixas etárias. (BRASIL, 2019).

No Brasil, por exemplo, parte destes resultados significativamente positivos está relacionado ao acesso universal e gratuito à Terapia Antirretroviral (TARV) desde 1996, além de, em 2013, nosso país dar um passo de vanguarda no combate a aids, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início imediato da TARV para todas as pessoas com HIV, independente da contagem de linfócitos CD 4 (BRASIL, 2013).

A implementação desta nova estratégia foi reconhecida como uma importante medida de saúde pública para controle da transmissão do HIV. Entretanto, as tendências apontadas trazem novos desafios às políticas públicas, pois apesar dos avanços nas ações de prevenção e

acesso a terapêutica, ainda não existem perspectivas de cura. Assim, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características similares a uma condição crônica (BRASIL, 2017).

Corroborando ao exposto, de acordo com a União das Nações Unidas para a Aids, somente ocorrerá o controle da epidemia, quando todos que necessitarem do tratamento tiverem acesso a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2014). Assim, foi estabelecida a meta tríplice “95 – 95 – 95” cujo objetivo é que, até 2030, 95% dos soropositivos conheçam sua condição, que 95% deles recebam tratamento, e que 95% dos mesmos suprimam sua carga viral e desta forma, alcancemos a erradicação da Aids (UNAIDS, 2016).

Desta forma, o cuidado as pessoas que convivem com HIV sofreu mudanças e passou a ser objeto de atenção das equipes de saúde, em especial o cuidado às mulheres, uma vez que são necessárias estratégias que facilitem o acesso aos serviços, promovam adesão ao tratamento e garantam melhor qualidade de vida, reconhecendo a complexidade da vida da maioria dessas mulheres e colocando-as no centro de todos os esforços para criação de espaços que propiciem a execução do cuidado de forma qualificada, resultando no melhor controle do HIV, pois em situações de alta prevalência, as mulheres permanecem com um risco elevado de infecção pelo HIV (UNAIDS, 2017). Desta forma, o cuidado efetivo deve estar organizado de forma que atenda as reais necessidades dessas mulheres diante do contexto político social no qual estão inseridas.

Estas informações reforçam a ideia sobre a importância dos serviços de saúde na criação e manejo de estratégias para enfrentamento do HIV específicas para mulheres, principalmente com ações centradas na adesão ao tratamento, considerando que elas desempenham papéis múltiplos e sobrepostos em suas famílias e comunidades e, à medida que se movem através de seus ciclos de vida, esses papéis se combinam e convergem (UNAIDS, 2017).

Corroborando ao exposto, é importante destacar que dentre as estratégias para enfrentamento do HIV, deve-se oferecer intervenções em saúde sexual e reprodutiva para mulheres que vivem com HIV baseadas em princípios de igualdade de gênero e direitos humanos, impactando positivamente, inclusive, sobre a qualidade de vida dessas mulheres, permitindo, assim um passo além na direção a um melhor estado de saúde e igualdade em longo prazo (UNAIDS, 2017).

No que se refere a adesão a TARV, estudos reforçam que as mulheres são mais vulneráveis as adversidades relacionadas a adesão aos antirretrovirais, devido aos estigmas e restrito apoio social a que estão sujeitas, justificando, assim, a necessidade de maior atenção as mulheres em fase reprodutiva e em baixa adesão ao tratamento visto que essas possibilitam

maior contaminação tanto por via sexual quanto por transmissão vertical (SPIERS *et al.*, 2016; CHAMMA *et al.*, 2016).

Além do mais, a adequada adesão ao tratamento está diretamente relacionada a diminuição da transmissão do HIV, pois quando a carga viral se apresenta indetectável, menores são as chances de propagação do vírus, incluindo a melhora do estado imunológico e evitando a ocorrência de coinfeções (BELZER *et al.*, 2014; RIGHETTO, REIS, REINATO, GIR, 2014; PEDROSA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, adesão significa consentir e cumprir às recomendações profissionais referentes ao uso do medicamento e outro procedimento. Porém, segundo o Ministério da saúde (2015) a adesão transpassa os procedimentos médicos, envolvendo a necessidade de comparecimento em consulta com uma equipe multidisciplinar, realização de exames, retirada de medicamento e ingesta dos fármacos em quantidade e horário previstos. Assim, para uma adesão efetiva, é preciso a articulação entre o acesso à TARV, disponibilidade de acesso aos profissionais e exames, acompanhamento clínico, condições socioeconômicas, rede de apoio, e diversas adequações cotidianas da PVHIV ao seu projeto terapêutico (SILVA, 2013).

A adesão compreende uma abordagem complexa e integral que utiliza fatores clínicos, sociais e comportamentais, sob um processo colaborativo e compartilhado para facilitar a integração do regime terapêutico no cotidiano da pessoa em tratamento, buscando promover a autonomia e responsabilização de sua saúde, tornando-se, assim, um dos maiores desafios na atenção às PVHIV por requerer uma necessidade de mudança no comportamento (BRASIL, 2015). Assim, adotou-se como referencial teórico do paradigma da complexidade para uma compreensão mais ampliada desta temática. Segundo Edgar Morin (2008), a concepção sistêmica permite extrapolar o pensamento para além do que é posto, envolvendo a complexidade que envolve as relações e ações.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo analisar e compreender os fatores que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral das mulheres em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil.

## **Metodologia**

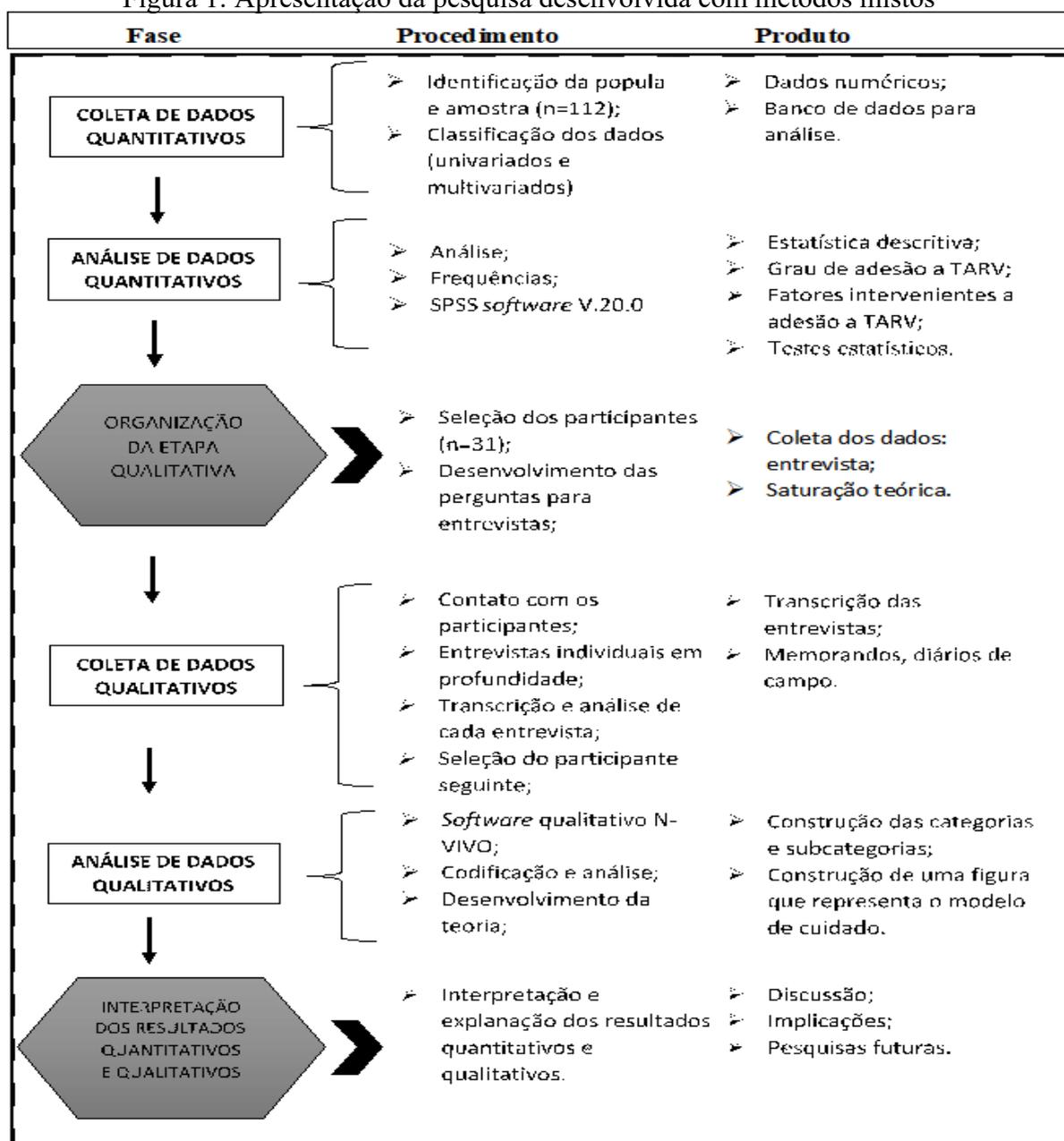
Tratou-se de uma pesquisa de métodos mistos, a qual é definida pela combinação das abordagens quanti e qualitativa, o que possibilita maior compreensão do objeto de investigação. Para tanto, nesta pesquisa utilizou-se a estratégia explanatória sequencial, organizada

primeiramente pela coleta de dados quantitativos, seguida pela coleta de dados qualitativos (CRESWELL, 2010).

Portanto, este estudo foi dividido em dois momentos, o primeiro de abordagem quantitativa de corte e transversal e o segundo de abordagem qualitativa orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), segundo Corbin e Strauss (2015).

Para melhor entendimento do processo de desenvolvimento desta pesquisa com métodos mistos, elaborou-se o seguinte diagrama:

Figura 1: Apresentação da pesquisa desenvolvida com métodos mistos



Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado de Creswell (2013).

Esta pesquisa foi desenvolvida na rede de atenção a saúde do município de Itajaí. O momento quantitativo foi desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) a pessoas que convivem com HIV/aids, que recebe o nome de CEREDI (Centro de Referência de Doenças Infecciosas), e conta com uma equipe especializada na atenção a estas pessoas. E, para o momento qualitativo, foram incluídos como cenário, além do CEREDI, uma Unidade Básica de Saúde que possui quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma região central do município que oferece os serviços de atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros. Ambos serviços possuem prontuário informatizado para registro dos dados clínicos dos pacientes.

A coleta e análise de dados compreendeu o período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

Etapa quantitativa: Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal, na qual participaram mulheres com HIV/Aids com prontuários ativos no SAE que atenderam os critérios de inclusão/exclusão: Ter idade entre 18 – 45 anos; Ter diagnóstico de infecção pelo HIV (confirmação sorológica); Ter prontuário ativo no serviço especializado do município, ou seja, possuir registros frequentes dos dados clínicos e laboratoriais; Estar cadastrado no SICLOM dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município; estar em uso da TARV há mais de três meses conforme o cadastro no SICLOM; Ser biologicamente do sexo feminino. Também foram considerados como critérios de exclusão: Ter alterações das condições cognitivas que possam prejudicar a resposta aos questionamentos; Estar em uso da TARV por menos de três meses; Não autorizar a consulta ao seu prontuário pelos pesquisadores; Ser Menor de 18 anos ou ter idade superior a 45 anos.

Desta forma, a amostra totalizou 112 participantes, sendo que as perdas foram relacionadas à recusa em participar da pesquisa, não comparecimento na data de agendamento da consulta ou retirada de medicamentos.

Para coleta de dados, os pesquisadores se dirigiram ao serviço de atendimento especializado - CEREDI e, quando as mulheres buscavam o serviço para consultas ou retirada de medicamentos, elas foram convidadas a participar da pesquisa (antes ou depois do atendimento). Nesta etapa foram utilizados dois instrumentos, o primeiro foi o “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” que é um Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral – CEAT-HIV, construído e validado por REMOR e col. (2006, 2007, 2008, 2013, 2015, 2017), que permite a avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral.

Neste estudo, foi considerado como “aderentes” àqueles com percentil  $\geq 85$  do CEAT-VIH e “não aderentes” àqueles com percentil  $< 85$  do CEAT-VIH, como proposto e publicado pelo criador do instrumento que para essa nova organização, verificou a consistência interna do CEAT-VIH por meio de testes estatísticos., os quais permitiram essa apresentação dos dados (ZUGE *et al.*, 2017; REMOR, 2013).

O outro instrumento, foi organizado pelos pesquisadores para coleta das informações relacionadas às variáveis sócio demográficas e de características comportamentais. Para coleta das informações clínicas, foi realizada uma consulta aos prontuários das participantes.

Os dados foram digitados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e associadas pelo teste Exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado. Em caso de variáveis com várias categorias a análise dos resíduos ajustada foi utilizada para detectar categorias com maior frequência da esperada. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas pelo teste *t* de Student para amostras independentes. As com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparadas entre os grupos pelo teste de Mann Whitney. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Etapa qualitativa: O referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), segundo Corbin e Strauss (2015). Esta etapa se deu após a conclusão da coleta e análise da etapa anterior, a qual nos permitiu identificar o grau de adesão das mulheres com HIV a TARV e os fatores que podem influenciar nessa adesão.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando-se de questão norteadora inicial. A partir das análises e hipóteses em cada grupo, emergiram novas questões. As entrevistas foram áudio gravadas e foram transcritas na íntegra posteriormente.

A definição dos participantes do estudo qualitativo foi realizada através da amostragem teórica, que constitui um dos principais pressupostos norteadores da TFD e o processo de coleta de dados deste estudo levou a uma amostragem teórica constituída de 42 participantes, que foram distribuídos em 3 grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi constituído pelos profissionais que atuam no serviço de referência para atendimento a pessoa com HIV/Aids do município. O segundo grupo foi composto pelos profissionais que atuam na APS, especificamente na ESF. Por fim, o terceiro grupo amostral foi formado por mulheres diagnosticadas com HIV/Aids que são atendidas no serviço de referência do município, estas foram selecionadas pois verificou-se que a organização do cuidado dependia da interação entre

a APS, Serviço Especializado e as mulheres com HIV/Aids. Ao final da coleta do terceiro grupo amostral, considerou-se que a saturação teórica foi alcançada e a coleta dos dados foi finalizada.

E, atendendo aos pressupostos da TFD cuja explicação do fenômeno é obtida a partir de um grupo de procedimentos que se constituem em instruções que servem de orientação para o pesquisador no desenvolvimento da investigação, a análise de dados ocorreu concomitantemente ao processo de coleta de dados, pois à medida que os dados eram coletados, os mesmos eram analisados e essas análises direcionavam as coletas seguintes buscando novas informações ou consolidando os conceitos emergentes

A vertente Straussiana da TFD, ou modelo paradigmático, foi composto por três componentes: condições, ações-interações e consequência (CORBIN, STRAUSS, 2015). Diante deste processo, análise e permitiu a consolidação do fenômeno, denominado **“Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV e serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento”** o qual permitiu a construção de três categorias, sendo elas: Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV (condições); Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV (ações e interações) e Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento (consequências/resultados).

A pesquisa atendeu as recomendações da Resolução n.466 de 2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n.2.899.706 em setembro de 2018.

## **Resultados**

Acerca dos dados da etapa quantitativa, das 112 mulheres diagnosticadas com HIV/Aids se verificou que a média de idade foi de aproximadamente 34 anos (DP:  $\pm 7,8$ ), cuja participante mais jovem tinha 18 anos e a de maior idade tinha 45 anos na data da coleta dos dados. Ainda, 69 (61,61%) se autodeclararam como de raça branca (61,61%); 61 (54,46%) informaram que possuem algum tipo de ocupação laboral; 94 (83,93%) não estudam; 72 (64,29%) afirmaram ser independentes economicamente; 47(41,96%) possuem renda entre 1-3 salários mínimos; 40 (36,04%) são casadas e 29 (25,89%) não completaram o primeiro grau.

Em relação ao grau de adesão à TARV, das 112 mulheres, 7 (6,3%) foram consideradas aderentes (percentil  $\geq 85$ ).

Ao analisar a adesão para diferentes variáveis sociodemográficas (tabela 1), verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas, no entanto, quando comparadas as

aderentes com as não aderentes, verificou-se que a maioria das mulheres (95,1%) não aderentes possuíam baixa escolaridade (Até primeiro grau completo) e 94,1% renda de até um salário mínimo,.

Tabela 1 - Tabela comparativa entre aderentes e não aderentes e os fatores sociodemográficos.

		Aderentes	Não aderentes	P valor
<b>Idade em anos, média±desvio padrão</b>		34,3±7,7	34,3±7,7	
<b>Raça, n(%)</b>				0,816
Branca	69	5 (7,2)	64 (92,8)	
Preta	16	-	16 (100,0)	
Amarela	2	-	2 (100,0)	
Parda	24	2 (8,3)	22 (91,7)	
Indígena	1	-	1 (100,0)	
<b>Trabalha, n(%)</b>				0,999
Não	51	3 (5,9)	48 (94,1)	
Sim	61	4 (6,6)	57 (93,4)	
<b>Estuda, n(%)</b>				0,313
Não	94	5 (5,3)	89 (94,7)	
Sim	18	2 (11,1)	16 (88,9)	
<b>Independente economicamente, n(%)</b>				
Não	40	2 (5,0)	38 (95,0)	
Sim	72	5 (6,9)	67 (93,1)	0,999
<b>Renda mensal, n(%)</b>				
1 salário	34	2 (5,9)	32 (94,1)	
1-2 salários	47	3 (6,4)	44 (93,6)	
2-3 salários	24	2 (8,3)	22 (91,7)	0,884
4 salários ou mais	7	-	7 (100,0)	
<b>Como se identifica, n(%)</b>				
Homem	3	-	3 (100,0)	
Mulher	108	7 (6,5)	101 (93,5)	0,871
Transexual	1	-	1 (100,0)	
<b>Situação Conjugal, n(%)</b>				
Solteira	24	1 (4,2)	23 (95,8)	
Casada	40	2 (5,0)	38 (95,0)	0,762
União estável	32	3 (9,4)	29 (90,6)	

Separada	6	1 (16,7)	5 (83,3)	
Divorciada	5	-	5 (100,0)	
Viúva	5	-	5 (100,0)	
<b>Escolaridade, n(%)</b>				0,386
Até primeiro grau completo	41	2 (4,9)	39 (95,1)	
Até segundo grau completo	38	4 (10,5)	34 (89,5)	
Graduação completa ou mais	33	1 (3,0)	32 (97,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando comparado o grau de adesão com os fatores clínicos (tabela 2), verificou-se que a mediana do número de comprimidos utilizados para os aderentes foi de 1 comprimido (intervalo interquartil de 1 a 3) enquanto a mediana dos não aderentes foi de 3 (intervalo interquartil de 1 a 4), sendo que, nesta análise, os aderentes usaram menos comprimidos que os não aderentes (P=0,024).

Tabela 2 - Tabela comparativa entre aderentes e não aderentes e os fatores clínicos.

Variáveis Clínicas	n	Aderentes	Não aderentes	P valor
<b>Como adquiriu HIV, n(%)</b>				0,764
Relação sexual	85	6 (7,1)	79 (92,9)	
Drogas injetáveis	-	-	-	
Transfusão sanguínea	-	-	-	
Transmissão vertical	5	-	5 (100,0)	
Não Sabe	22	1 (4,5)	21 (95,5)	
<b>Tempo de diagnóstico em meses completos, média±desvio padrão</b>		108,7±79,7	123,2±90,8	0,682
<b>Carga viral plasmática (nº cópias/ml), mediana (IIQ)</b>		*	3287 (655-17991)	-
<b>Contagem de Células TCD4 em nº células, média±desvio padrão</b>		789,7±342,0 84 (12-156)	758,3±373,8 78 (36-153)	0,829 0,589
<b>Tempo de uso de TARV em meses completos, mediana (IIQ)</b>				
<b>Já interrompeu tratamento, n(%)</b>				
Não	56	4 (7,1)	52 (92,9)	0,999
Sim	56	3 (5,4)	53 (94,6)	
<b>Possui outra doença infecciosa, n(%)</b>				
Não	107	7 (6,5)	100 (93,5)	0,999
Sim	4	-	4 (100,0)	
<b>Tem ou teve outra IST além do HIV, n(%)</b>				
Não	87	5 (5,7)	82 (94,3)	0,999
Sim	15	1 (6,7)	14 (93,3)	

<b>Se sim, qual IST, n(%)</b>				
HPV	5	1 (20,0)	4 (80,0)	0,343
Hep. B	1	-	1 (100,0)	
Gonorreia	-	-	-	
Clamídia	-	-	-	
Sífilis	9	-	9 (100,0)	
Vaginose	-	-	-	
Outra	-	-	-	
<b>Está ou esteve em tratamento para outra IST, n(%)</b>				0,571
Não	95	5 (5,3)	90 (94,7)	
Sim	14	1 (7,1)	13 (92,9)	
<b>Última vez que fez exame preventivo, n(%)</b>				0,848
Nunca coletou	7	1 (14,3)	6 (85,7)	
1 ano ou menos	66	3 (4,5)	63 (95,5)	
Entre 1 e 3 anos	27	2 (7,4)	25 (92,6)	
Entre 3 e 5 anos	1	-	1 (100,0)	
Mais de 5 anos	11	1 (9,1)	10 (90,9)	
<b>Resultado do exame preventivo, n(%)</b>				0,910
Sem alterações	83	6 (7,2)	77 (92,8)	
Alterações citológicas	5	-	5 (100,0)	
IST (vaginose, Cândida)	1	-	1 (100,0)	
Inflamação	19	1 (5,3)	18 (94,7)	
<b>Classe de medicamentos antirretrovirais utilizada, n(%)</b>				0,193
Sem registro no SICLOM	1	-	1 (100,0)	
ITRN	22	1 (4,5)	21 (95,5)	
ITRNN	-	-	-	
IP	3	-	3 (100,0)	
Inibidores de Fusão	-	-	-	
Inibidores da Integrase	1	-	1 (100,0)	
ITRN +ITRNN	31	5 (16,1)	26 (83,9)	
Dentre asITRN+ IP	54	1 (1,9)	53 (98,1)	
ITRN + IP +ITRNN	-	-	-	
<b>Quantidade de comprimidos, mediana (IIQ)</b>		1 (1-3)	3 (1-4)	<b>0,024</b>
<b>Frequência que toma comprimidos, n(%)</b>				
Nunca	1	1 (100,0)	-	
1-3 vezes	104	5 (4,8)	<b>99 (95,2)</b>	<b>&lt;0,001</b>
4-5 vezes	3	-	3 (100,0)	
6-10 vezes	4	1 (25,0)	3 (75,0)	
Mais de 10 vezes	-	-	-	

Fonte: Dados da pesquisa.

ITRN: Inibidores Nucleosídeos de Transcriptase Reversa; ITRNN: Inibidores Não Nucleosídeos de Transcriptase Reversa; IP: Inibidores de Protease. IIQ: intervalo interquartil (percentis 25 e 75). Variáveis categóricas comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher e quantitativas com distribuição normal pelo teste t de Student para amostras independentes ou pelo teste de Mann Whitney para as assimétricas.

\*Carga viral indetectável.

Ainda, das 25 pacientes com alguma alteração no exame preventivo, 96% (n=24) foram classificadas como não aderentes, sendo que todos os casos (100%) de alterações citológicas e

IST (Candidíase) foram nas mulheres não aderentes e 94,7% dos casos de alterações no exame por inflamação também foram entre as não aderentes. Porém, não houve associação entre a presença de alterações no exame preventivo e o grau de adesão à TARV (P=0,842).

Já dentre os fatores comportamentais (tabela 3), das 67 pacientes que não ingerem bebida alcoólica 7 (10,4%) são aderentes e das 45 que bebem nenhuma é aderente, havendo relação estatisticamente significativa entre a ingestão de bebida alcoólica e a adesão ao tratamento (P=0,040). Ainda, houve associação estatisticamente significativa entre a ingestão de cerveja e o grau de adesão, pois 9,7% das que não bebem cerveja são aderentes, enquanto nenhuma das que bebem cerveja foram consideradas aderentes (P=0,049). Ademais, todas as mulheres que afirmaram consumir algum tipo de droga ilícita foram consideradas não aderentes e todas as pacientes que não compareceram a última consulta médica também foram consideradas como não aderentes.

Tabela 3 - Tabela comparativa entre aderentes e não aderentes e os fatores comportamentais.

Variáveis comportamentais	n	Aderentes	Não aderentes	P valor
<b>Ingere bebida alcoólica, n(%)</b>				
Não	67	<b>7 (10,4)</b>	60 (89,6)	<b>0,040</b>
Sim	45	-	45 (100,0)	
<b>Frequência de bebida alcoólica, n(%)</b>				
Nunca	67	7 (10,4)	60 (89,6)	
Uma vez por mês ou menos	24	-	24 (100,0)	0,171
2 - 4 vezes por mês	20	-	20 (100,0)	
2-3 vezes na semana	1	-	1 (100,0)	
4 ou mais vezes na semana	-	-	-	
<b>Tipo de bebida: CERVEJA, n(%)</b>				
Não	72	<b>7 (9,7)</b>	65 (90,3)	<b>0,049</b>
Sim	40	-	40 (100,0)	
<b>Tipo de bebida: VINHO, n(%)</b>				
Não	103	7 (6,8)	96 (93,2)	0,999
Sim	9	-	9 (100,0)	
<b>Tipo de bebida: DESTILADOS, n(%)</b>				
Não	109	7 (6,4)	102 (93,6)	0,999
Sim	3	-	3 (100,0)	
<b>Usa drogas (licitas e ilícitas) , n(%)</b>				
Não	85	5 (5,9)	80 (94,1)	0,674

Sim	27	2 (7,4)	25 (92,6)	
<b>Frequência uso de droga, n(%)</b>				0,893
Nunca	86	5 (5,8)	81 (94,2)	
Uma vez por mês ou menos	-	-	-	
2 - 4 vezes por mês	1	-	1 (100,0)	
2-3 vezes na semana	-	-	-	
4 ou mais vezes na semana	25	2 (8,0)	23 (92,0)	
<b>Tipo de droga que consome</b>				0,941
Não usa drogas	85	5 (5,9)	80 (94,1)	
Cigarro	24	2 (8,3)	22 (91,7)	
Maconha	2	-	2 (100,0)	
Cocaína	1	-	1 (100,0)	
Crack	-	-	-	
Drogas sintéticas	-	-	-	
<b>Deixa de tomar ARV quando consome drogas</b>				0,999
Não	108	7 (6,5)	101 (93,5)	
Sim	4	-	4 (100,0)	
<b>Frequência que isso acontece, n(%)</b>				0,901
Nunca	107	7 (6,5)	100 (93,5)	
Uma vez por mês ou menos	2	-	2 (100,0)	
2 - 4 vezes por mês	1	-	1 (100,0)	
2-3 vezes na semana	-	-	-	
4 ou mais vezes na semana	-	-	-	
<b>Orientação sexual, n(%)</b>				0,901
Heterossexual	108	7 (6,5)	101 (93,5)	
Homossexual	1	-	1 (100,0)	
Bissexual	2	-	2 (100,0)	
<b>Quantas relações sexuais no último mês, mediana (IIQ)</b>		4 (2-5)	4 (1-10)	0,686
<b>Se não no último mês, quantas no último ano, mediana (IIQ)</b>		0 (0-0)	1 (0-5)	0,375
<b>Faz uso de preservativos, n(%)</b>				0,999
Não	30	2 (6,7)	28 (93,3)	
Sim	81	5 (6,2)	76 (93,8)	
<b>Frequência que usa preservativos, n(%)</b>				0,509

Nunca	31	2 (6,5)	29 (93,5)	
Sempre	55	5 (9,1)	50 (90,9)	
As vezes	21	-	21 (100,0)	
Na maioria das vezes	3	-	3 (100,0)	
<b>Quanto tempo frequenta o serviço, mediana (IIQ)</b>				0,662
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: CONSULTA CLINICA, n(%)</b>				
Não	1	-	1 (100,0)	0,999
Sim	110	7 (6,4)	103 (93,6)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: APOIO PSICOLOGICO, n(%)</b>				0,454
Não	64	3 (4,7)	61 (95,3)	
Sim	47	4 (8,5)	43 (91,5)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: ORIENTAÇÃO FARMACEUTICA, n(%)</b>				0,679
Não	76	4 (5,3)	72 (94,7)	
Sim	36	3 (8,3)	33 (91,7)	
<b>Tipo de atividades que faz no serviço: RETIRADA DE INSUMOS, n(%)</b>				0,999
Não	110	7 (6,4)	103 (93,6)	
Sim	2	-	2 (100,0)	
<b>Tem algum tratamento relacionado a adesão, n(%)</b>				0,999
Não	102	7 (6,9)	95 (93,1)	
Sim	8	-	8 (100,0)	
<b>Consulta com qual profissional, n(%)</b>				0,671
Médico	74	4 (5,4)	70 (94,6)	
Enfermeiro	3	-	3 (100,0)	
Médico e enfermeiro	32	3 (9,4)	29 (90,6)	
<b>Compareceu a última consulta MEDICA, n(%)</b>				0,346
Não	25	-	25 (100,0)	
Sim	86	7 (8,1)	79 (91,9)	
<b>Frequência que consulta com o medico, n(%)</b>				0,642
Nunca	2	-	2 (100,0)	
1x por mês	14	2 (14,3)	12 (85,7)	

A cada 2 meses	12	-	12 (100,0)	
A cada 3 meses	43	2 (4,7)	41 (95,3)	
A cada 6 meses	32	2 (6,2)	30 (93,8)	
A cada 12 meses	7	1 (14,3)	6 (85,7)	
<b>Compareceu a consulta de enfermagem, n(%)</b>				0,454
Não	61	3 (4,9)	58 (95,1)	
Sim	45	4 (8,9)	41 (91,1)	
<b>Frequência consulta de enfermagem, n(%)</b>				0,104
Nunca	30	3 (10,0)	27 (90,0)	
1x por mês	13	3 (23,1)	10 (76,9)	
a cada 2 meses	3	-	3 (100,0)	
a cada 3 meses	10	1 (10,0)	9 (90,0)	
a cada 6 meses	9	-	9 (100,0)	
a cada 12 meses	12	-	12 (100,0)	
Não faz consulta	31	-	31 (100,0)	
Nunca				0,933
<b>Você consulta em alguma UBS aqui no município? , n(%)</b>				0,999
Não	56	4 (7,1)	52 (92,9)	
Sim	56	3 (5,4)	53 (94,6)	
<b>Com que frequência você procura a UBS do seu município, n(%)</b>				0,355
Nunca	55	4 (7,3)	51 (92,7)	
1x por mês	16	-	16 (100,0)	
a cada 2 meses	3	1 (33,3)	2 (66,7)	
a cada 3 meses	9	-	9 (100,0)	
a cada 6 meses	15	1 (6,7)	14 (93,3)	
a cada 12 meses	13	1 (7,7)	12 (92,3)	
<b>Você procura algum profissional específico da UBS aqui no município, n(%)</b>				0,704
Não	68	5 (7,4)	63 (92,6)	
Sim	43	2 (4,7)	41 (95,3)	
<b>Qual profissional você procura na UBS, n(%)</b>				0,453

Nenhum	3	1 (33,3)	2 (66,7)	
Enfermeiro	8	1 (12,5)	7 (87,5)	
Medico	29	1 (3,4)	28 (96,6)	
Agente comunitário	2	-	2 (100,0)	
Técnico de enfermagem	2	-	2 (100,0)	
Outros	1	-	1 (100,0)	
Algum profissional da UBS ou Estratégia de Saúde da Família te visita na sua casa, n(%)				0,999
Não	52	3 (5,8)	49 (94,2)	
Sim	60	4 (6,7)	56 (93,3)	
Qual profissional, n(%)				0,665
Nenhum	52	2 (3,8)	51 (96,2)	
Enfermeiro	1	-	1 (100,0)	
Medico	-	-	-	
Agente comunitário	52	4 (7,7)	48 (92,3)	
técnico de enfermagem	-	-	-	
Outros	-	-	-	
Com que frequência fazem visita domiciliar, n(%)				0,275
Nunca	50	3 (6,0)	47 (94,0)	
1x por mês	42	2 (4,8)	40 (95,2)	
A cada 2 meses	8	-	8 (100,0)	
A cada 3 meses	5	1 (20,0)	4 (80,0)	
A cada 6 meses	3	1 (33,3)	2 (66,7)	
A cada 12 meses	-	-	-	
Não sabe	4	-	4 (100,0)	

Variáveis categóricas comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher e quantitativas com distribuição assimétrica pelo teste de Mann Whitney. IIQ: intervalo interquartil (percentis 25 e 75)

Na etapa qualitativa, participaram 42 pessoas, das quais 31 eram profissionais de saúde (09 profissionais atuantes no Serviço de Atendimento Especializado e 22 profissionais atuantes no contexto da Atenção Primária a Saúde) e 11 mulheres com HIV/Aids.

O fenômeno descrito “Revelando a dinâmica das relações entre mulheres com HIV e serviços de saúde e o processo de adesão ao tratamento” está sustentado em seus três componentes, sendo o primeiro referente às **condições**, este foi representado pela categoria “Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV”.

Nesta primeira categoria, observou-se que as condições corresponderam a integração de vários fatores, perpassando pelo momento do diagnóstico, acolhida pelos serviços de saúde, enfrentamento das fragilidades dos serviços e identificação da potencialidade deles como pontos importantes no processo de adesão ao tratamento.

*“[...] muitas me dizem que isso é uma sentença de morte. Quando percebo essas falas, esse sentimento, já vou trabalhando com elas essas questões. Depois de um tempo eu vou percebendo que elas vão aceitando e começam a aderir com mais facilidade.” (PSEF 07)*

*“a gente sabe como conversar, como entrar no íntimo, como... como dar o diagnóstico e já falar do tratamento, mas na maioria das vezes elas não se sentem preparadas para ouvir muitas coisas, para aceitar muitas coisas. É um momento difícil.” (PCER 02).*

Para nós, profissionais da saúde, o ato de cuidar vai além de prestar um atendimento a partir das nossas habilidades técnicas adquiridas na graduação, o cuidar, remete a dar atenção, acolher, a proporcionar um sentimento de satisfação e, considerando a complexidade que abarca o cuidado na esfera do HIV, faz-se necessário compreender as potencialidades e as fragilidades que envolvem os serviços de saúde como condições que interferem na adesão.

Os componentes das **ações e interações**, estão relacionadas à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida, nesse sentido, foi possível observar na categoria “Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV”, que as ações que estes desenvolvem com vistas a promoção de uma melhor adesão ao tratamento foram descritas como fatores que podem interferir nas questões relacionadas a adesão a TARV pelas mulheres com HIV:

*“eu sou a favor das informações serem compartilhadas por meio dos Gemus [prontuário eletrônico do município], e sou a favor tem que ser*

*feito isso. Já estamos atrasados na descentralização. É claro que também eu tenho um paciente que não quer ser tratado aqui. Nesses casos, cabe também o direito de escolha e dizer 'não eu não quero tratar na minha unidade porque todo mundo me conhece eu não quero expor!' Ou seja, descentralizar não significa jogar na rede." (PCER 03)*

*Temos que integrar as coisas, aqui ela trata o HIV (CEREDI), mas ela é uma paciente hipertensa, diabética, ela vai tratar do diabetes lá (UBS), ela vai tratar da hipertensão lá [...] e nessa questão da mulher bem específica [...] Esses dias fiquei feliz que a gente "tá" com uma paciente que ela "tá" gestante e no detalhe estar gestante ela disse assim 'mas eu prefiro fazer na minha unidade', e eu achei ótimo e disse que íamos fazer consultas intercaladas, uma consulta ela faz lá e uma consulta ela faz aqui." (PCER 03)*

*"Eu acho que a atenção básica tem uma importância fundamental porque "tá" tudo no território próximo do paciente, a realidade do paciente naquele território, um ambiente em que ele vive [...] Com o centro especializado, no caso né o CEREDI, o trabalho deve ser feito em parceria com atenção básica e vejo isso como algo indispensável, necessário! Um trabalho em conjunto com a atenção básica no território e do centro de referência especializado para dar um suporte quando necessário". (PCER 05)*

E, a partir do entendimento de que o componente das **consequências** se refere aos resultados previstos ou reais levantados pelos sujeitos do estudo, observou-se que a categoria “Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento” revelou que a resiliência foi uma das características presentes no contexto da adesão dessas mulheres nesse sentido, ou seja, a capacidade de lidar com o novo/problema (diagnóstico), adaptar-se as mudanças advindas disso e resistir a pressão das situações adversas (com auxílio de uma rede de apoio profissional e familiar), retornando ao seu estado inicial com vistas a manutenção do equilíbrio emocional, emergiu como um resultado esperado para que elas possam aderir corretamente ao tratamento, como descrito:

*“Foi complicado, muito complicado! Foi bem difícil, eu, no início, não aceitei muito. Mas aí, depois eu vi que a gente tem mais... como é que eu vou dizer ... tem mais saúde, eu tenho mais cuidado comigo hoje. [...] principalmente depois que eu me mudei para cá eu me cuido mais. Desde o início, quando o médico disse ‘vai ter que tomar um medicamento’ eu sabia que tinha que tomar o medicamento sempre certinho, mas no começo foi difícil, só quando eu entendi essa doença eu mudei. Hoje, eu nunca pulo essa etapa e vivo uma vida normal. Assim, hoje não me vejo diferente de ninguém.” (Mulher 2).*

*“Foi muito, muito difícil, eu não acreditava que aquilo estava acontecendo comigo... pensava: Por que Deus isso foi acontecer comigo? Eu não merecia... [...] hoje eu entendo mais da doença, sei que posso ter uma vida com qualidade, mas tenho que me cuidar.” (Mulher 09)*

*“você sente que o estado de espírito dela, a aceitação dela é que faz com que o resultado do tratamento seja muito positivo, enquanto as outras*

*que não aceitam são mais deprimidas... aí é muito mais fácil da doença derrubar.” (PCER 02)*

Logo, o que fica claro é que o conviver com o HIV passa a ser um desafio experienciado pelas mulheres e, também pelos profissionais, haja visto que o resultado da interação mulheres-profissionais de saúde-serviços de saúde-rede de apoio familiar acarretará na continuidade do tratamento, como demonstrado nas categorias anteriores.

Essa interação é um fenômeno complexo, constituído de múltiplos fatores que transpassam a lógica, a racionalidade, ou seja, esses fatores são um conjunto de ações, interações, experiências que os atores envolvidos no processo trazem consigo, influenciando na forma de pensar sobre o que é cuidar de uma mulher com HIV, o que é ser uma mulher com HIV e como conviver com HIV, para então aderir ao tratamento.

## **Discussão**

A integração de dados quantitativos e qualitativos, por meio do desenho de métodos mistos, permitiu a identificação de associações que ampliaram o cerne da discussão em relação aos aspectos relacionados aos fatores que podem influenciar na adesão das mulheres com HIV a TARV.

Os dados referentes a mensuração da adesão foram testados estatisticamente e, a relação deste com fatores que nela interferem foram apontados tanto na etapa quantitativa quanto na etapa qualitativa. Ainda, buscou-se associar a perspectiva advinda do pensamento complexo como norteador da análise deste estudo.

O que se observa na literatura de uma forma geral é que a não adesão ao tratamento antirretroviral acontece em todas as realidades. Neste estudo os percentis de adesão variaram entre 41 e 89 e a maioria das participantes (82,15%) apresentou carga viral indetectável no último exame laboratorial. Estudo de Romeu *et al.* (2012), aponta que a taxa média de adesão apresentada pela literatura é calculada em 50%, ao passo que outros estudos indicam a eficácia do tratamento deve ser expresso pela supressão da carga viral através do seguimento do esquema medicamentoso em igual ou superior de 95% das doses prescrita (BRITO, SZWASRCWALD, CASTILHO, 2006; LI *et al.*, 2014; FONSECA *et al.*, 2012; FELIX, CEOLIM, 2012).

Nesse sentido, é válido destacar que a forma como se mensura a adesão não é unânime, são consideradas diversas maneiras para tal, como por exemplo, autorrelato, mensuração da

carga viral, controle da dispensação de medicamentos, uso de escalas validadas (CARVALHO *et al.*, 2019; DAGLI-HERNANDEZ *ET AL.*, 2016; POLEJACK, SEIDL, 2010). Ainda, dentre essas formas de se aferir a adesão, Carvalho *et al.* (2019), após pesquisa de revisão sobre o tema, sugeriu a combinação entre a aplicação do CEAT-VIH e a mensuração da carga viral, sustentando o método desenvolvido nesta pesquisa.

De uma forma geral, dentre as pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento para mensuração, os níveis nacionais de não adesão ficaram entre 51,3% a 78,3% e os internacionais entre 55% a 85%. Neste estudo, os percentuais de não adesão foram superiores tanto aos dados nacionais quanto aos internacionais, correspondendo 93,7%. Fato preocupante e que deve ser avaliado com rigor, sugerindo novas pesquisas sobre esta temática no referido serviço.

Sobre as questões relacionadas ao gênero e adesão também não há unanimidade na literatura e, nesta pesquisa, não podemos afirmar que mulheres são menos aderentes que homens haja visto que a população foi exclusivamente feminina. Porém, existem estudos que apontam que as mulheres possuem maior dificuldade de manter adesão, como é o caso da corte conduzida por Puskas *et al.* (2017) com 4534 indivíduos de ambos os sexos cujo objetivo era comparar os níveis de adesão entre eles e indicou que as mulheres tinham uma probabilidade menor de alcançar níveis ideais de adesão.

Ainda, existem outros fatores que podem estar relacionados a adesão ou não adesão a TARV, por exemplo, nesta pesquisa foi possível observar que dentre as condições socio demográficas e econômicas, a maioria das não aderentes foram mulheres com renda mensal entre 1-2 salários mínimos e que concluíram até o primeiro grau e, apesar de não termos encontrado relação estatisticamente significativa nestas variáveis, os resultados vão ao encontro de pesquisas semelhantes que apontam que a baixa escolaridade e a baixa renda *per capita* implicam na adesão ao tratamento, uma vez que esse grupo populacional pode apresentar maiores dificuldades de entendimento acerca do HIV, bem como dificuldades em relação a acesso a recursos e informações sobre o tratamento do HIV (GOULART *et al.*, 2018; FORESTO, 2017; ZUGE *et al.*, 2017; DAGLI-ERNANDEZ *et al.*, 2016).

Quando comparada adesão entre os fatores clínicos, verificou-se nesta pesquisa uma associação estatisticamente significativa na ingestão de comprimidos ( $p=0,024$ ), pois as aderentes ingeriram uma menor quantidade de comprimidos/dia (mediana 1). Sustentando esta informação, encontrou-se na literatura estudos que também apontaram que esquemas terapêuticos mais simples, em um único comprimido, favorecem a adesão (CARVALHO, 2019; UNAIDS, 2019; LANGEBEEK *et al.*, 2014).

Nas demais variáveis clínicas, apesar de não observadas significâncias estatísticas, identificou-se que foi dentre as não aderentes que ocorreram todos (100%) os casos de coinfeção por sífilis e Hepatite B e 80% dos casos de HPV, além de 94,7% dos casos de alteração do exame citológico de colo de útero caracterizada por inflamação.

Sob essa perspectiva da saúde da mulher, estudos apontam que as avaliações ginecológicas em mulheres com HIV devem ter uma rotina rigorosamente estabelecida em virtude da possibilidade de ocorrência de outras IST, além da necessidade de discutir aspectos da contracepção (REDA, 2018; ACOG, 2010.). Especificamente nos casos de sífilis, a literatura indica que a apresentação clínica da sífilis no trato genital é semelhante em mulheres com e sem HIV, mas a presença de lesões genitais é prevalente em mulheres com HIV, sendo que estudo observou agravamento do curso da sífilis em algumas situações, como a sífilis da magna prematura em pacientes infectados pelo HIV (REDA, 2018). Desta forma, verifica-se a partir dos dados desta pesquisa a necessidade de integração e acompanhamento das mulheres com HIV atendidas no serviço objeto desta pesquisa, haja vista que dentre as não aderentes, 92,6% fizeram o último exame ginecológico entre 1-3 anos, prazo superior ao preconizado na literatura, a qual discorre que devido as mulheres com HIV apresentarem comprometimento imunológico, estão mais propensas ao desenvolvimento de lesões precursoras do câncer de colo de útero, logo, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, tendo periodicidade anual após dois exames normais realizados em intervalo semestral (INCA, 2016).

Ainda, já é de conhecimento que existem fatores ligados ao estilo de vida da PVHIV que influenciam na eficácia da adesão à TARV, devendo ser levados em considerações para buscar intervenções positivas para a promoção da adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Dentre estes fatores que influenciam negativamente, encontra-se o uso de álcool e substâncias psicoativas, sendo um dos principais comportamentos de risco para a não adesão e descontinuidade do tratamento, pois estas substâncias interferem na efetividade do medicamento e no suporte social (que auxilia na promoção da qualidade de vida buscando boas condições à saúde das PVHIV) (SILVA, 2013). Nessa direção, os dados desta pesquisa vão ao encontro do exposto na literatura, pois o consumo de bebida alcoólica esteve estatisticamente relacionado ( $p= 0,049$ ) ao comportamento de não adesão e todas as mulheres que afirmaram consumir maconha e/ou cocaína também foram classificadas como não aderentes.

No que se refere a busca pelos serviços de saúde, verificamos que as mulheres preferiram ser atendidas no SAE em relação a UBS, mesmo muitas delas relatando que recebem visitas domiciliares de profissionais da Atenção Básica (AB).

Diante deste contexto, foi possível observar a complexidade que existe na esfera da adesão ao tratamento e, sob essa perspectiva, pode-se compreender que analisar os fatores de forma isolada não responderia as inquietações que levaram a essa pesquisa, por isso se fez necessário o aprofundamento da análise por meio da etapa qualitativa.

Considerando o fenômeno que emergiu após a coleta e análise dos dados, a categoria “Percebendo os serviços como executores do cuidado a mulheres com HIV” nos revelou que a mulher com HIV precisa se sentir como parte integrante do serviço, no sentido de que ela confirme por si mesma que está recebendo o cuidado. Esta condição fica evidente como uma relação de interdependência entre a mulher com HIV e os profissionais que lhe prestam cuidado, pois, o produto desta relação se dá desde o momento do diagnóstico, acolhida pelos serviços de saúde, enfrentamento das fragilidades dos serviços e identificação da potencialidade deles como pontos importantes no processo de adesão ao tratamento.

Essa condição pode, muitas vezes, advir da necessidade que a mulher tem de se sentir preparada para enfrentar o que está por vir, sendo que para suprir essa necessidade ela precisa receber informações e interagir com os atores envolvidos no processo de tratamento, assim como na lógica de Morin (2013), no qual o primeiro passo para reorganização cognitiva ou existencial está na integração de contradições e dúvidas com o intuito de integrar verdades isoladas.

Nessa busca por explicações, a complexidade procura considerar as razões para a existência de algo (MORIN, 2008) e é nesse campo de ações e interações, aqui revelado pela categoria “Revelando ações promotoras da adesão a TARV sob a perspectiva de profissionais e mulheres com HIV”, percebemos que algo que é construído em conjunto (serviços-profissionais-mulheres com HIV) ao final se torna único e, como a trama de um tecido, se entrelaça formando uma unidade complexa.

Diante do contexto do viver com HIV, Gomes, Silva e Oliveira (2011) discorrem que o comportamento humano é, sobretudo, influenciado pelo reconhecimento da vulnerabilidade frente ao HIV e, conforme posto nesta pesquisa, as ações desempenhadas pelos serviços (em conjunto ou isoladas) foram percebidas como ações promotoras da adesão ao tratamento, pois elas buscaram agir nos pontos de vulnerabilidade percebidos.

Nesse sentido, Belmar e Stuardo (2017) também mostraram que a adesão em mulheres com HIV é um processo que resulta da interação de diversos elementos, dentre eles, relação das mulheres com os serviços de referência, a existência de redes de apoio e a relação delas com o HIV, considerando o sentimento de satisfação e as expectativas em relação as suas vidas.

Nesta lógica, integra-se o exposto nas alíneas acima à categoria “Sendo resiliente para conviver com o HIV e aderir ao tratamento” e aos princípios do pensamento complexo de Morin, principalmente o Princípio dialógico, pois este tem como escopo a ideia de Ordem/Desordem/Organização, nos levando a entender que para produzir fenômenos organizados, por vezes a desorganização em um primeiro momento é necessária, pois mesmo sendo agentes antagonistas, ordem e desordem podem ao mesmo tempo se suprimirem ou produzirem a organização, conseqüentemente a complexidade, assim como podemos observar no sentido da palavra resiliência.

Desta forma, no componente conseqüências, percebemos que a resiliência faz parte do processo de aceitação de adesão ao tratamento, e neste momento, usa-se a palavra processo tendo em vista aderir ao tratamento é uma ação contínua que sofrerá múltiplas influências, caracterizando, assim, a complexidade de todo esse universo que compreende o conviver com HIV e em especial na saúde da mulher, que em seu contexto de vida exerce múltiplos papéis que hora favorecem a adesão e hora dificultam a adesão. E é nesse momento que as ações dos profissionais e serviços de saúde se fazem necessárias, empoderando essas mulheres, tornando-as protagonistas no seu tratamento e desta forma, garantindo-lhes a autonomia necessária para a tomada de decisão acerca do cuidado de si.

Por fim, o entendimento de que o pensamento complexo permite a superação do pensamento simplificador, determinista e mecânico do mundo, entende-se que o conviver com o HIV parte de uma relação de aceitação para enfrentamento da doença, levando assim, ao comportamento de adesão.

Desta forma, percebe-se apesar dos benefícios oferecidos pela TARV existem inúmeros fatores que influenciam na adesão ao tratamento, sendo preciso elaborações de estratégias que atendam a necessidade do indivíduo (PADOIN et.al, 2013). Nesse sentido, Silva, Reis, Nogueira, Gir (2014) ainda destacam que a relação entre adesão e qualidade de vida são diretamente proporcionais, pois o uso regular dos antirretrovirais permite a melhora do sistema imunológico, controle de carga viral e conseqüente retardo da progressão da aids.

De qualquer forma, o que torna a questão da adesão um problema de saúde é que a má adesão resulta na falência terapêutica, depleção clínica das pessoas que vivem com HIV em virtude dos baixos níveis de Linfócitos TCD4+, levando à maior progressão da Aids e conseqüente maior transmissibilidade, aparecimento de infecções oportunistas, além do desperdício de investimento em desenvolvimento de drogas (LI *et al.*, 2014; FONSECA *et al.*, 2012; FELIX, CEOLIM, 2012).

Portanto, a identificação dos fatores que interferem na adesão e a compreensão da forma como se dão as relações entre mulheres com HIV, serviços e profissionais de saúde são necessárias para que se criem estratégias efetivas que visem a manutenção da qualidade de vida dessas mulheres, considerando suas histórias de vida, suas vulnerabilidades e a aceitação do diagnóstico. Ainda, para viver todo esse processo de aceitação é importante que a mulher se sinta acolhida, que tenha uma rede de apoio e identifique os pilares que a sustentam nessa nova jornada.

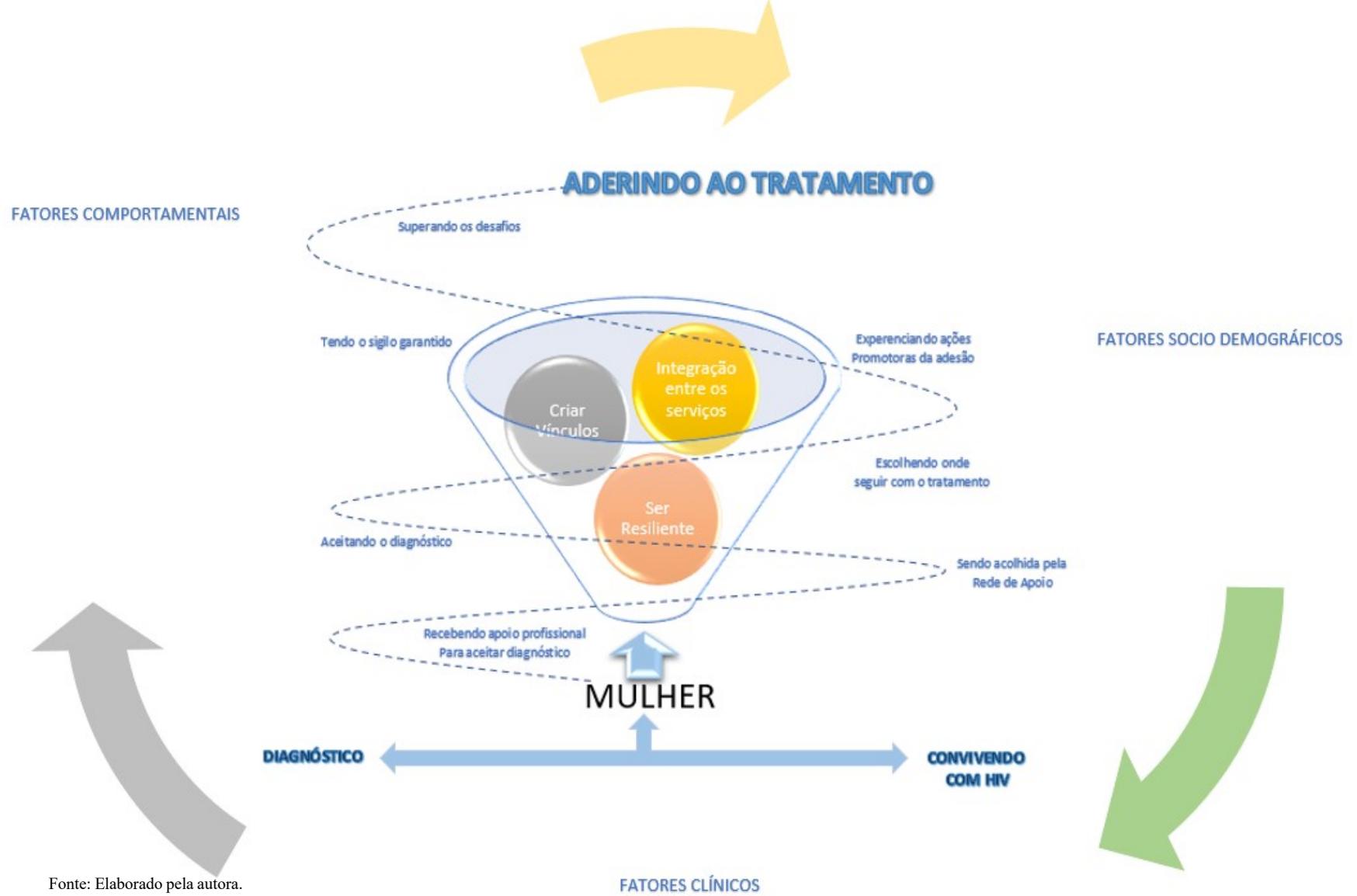
A partir disso, percebe-se que para que a mulher consiga a adesão, o profissional deve ser o ponto de apoio dessa mulher, deve exercer o cuidado de forma humana, respeitando seus desejos, garantindo o sigilo e incentivando-a buscar o seu melhor e a ver como o cuidar de si é muito maior que o diagnóstico da doença. Em contrapartida, para que os profissionais percebam a adesão dessas mulheres, elas devem se responsabilizar pelo seu cuidado, conversar sobre as adversidades que enfrenta e ter autonomia sobre as suas decisões.

Desta forma, é nessa integração de corresponsabilidades que se estabelece o vínculo do cuidado, o qual deve ser articulado sobre todos os pontos que a mulher pode percorrer dentro da RAS, em especial a AB e o SAE, pois estes dois juntos, somam a maior gama de cuidados as mulheres em fase reprodutiva.

Assim como na complexidade, cujos indivíduos produzem a sociedade a partir das interações e pelas interações e a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura, entendemos que cada situação/indivíduo é ao mesmo tempo, produto e produtor e, pensando nisso como um processo espiral, percebemos um desenvolvimento humano e organizacional, em que os processos grupais se autoproduzem e se auto-organizam, num movimento explícito-implícito, objetivo-subjetivo, fazer-ser (MORIN, 2015), assim como observado como produto das relações entre mulheres com HIV e profissionais de saúde.

A figura a seguir representa a integração dos resultados, na qual a mulher está no centro desde o diagnóstico (etapa inicial) até o conviver com a infecção pelo HIV (aceitação), a partir daí é onde se constroem as relações, as quais vão ao longo do processo se integrando, se interligando por meio de sucessivas aproximações (representado pelo espiral) que tem como pano de fundo a resiliência, o vínculo e a integração entre os serviços, os quais, juntos, culminam na adesão:

Figura 2 - Representação da integração dos resultados



Fonte: Elaborado pela autora.

## Conclusões

Ao analisar os fatores que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral das mulheres com HIV, na abordagem quantitativa identificou-se que o percentual de mulheres não aderentes ao tratamento foi superior aos encontrados na literatura nacional e internacional, em especial nos que utilizaram o mesmo instrumento para mensuração.

Ainda, foi possível observar que alguns fatores estiveram relacionados a adesão, sendo que alguns tiveram associação estatística significativa, como por exemplo, a quantidade de comprimidos ingeridos/dia e consumo de bebidas alcoólicas. Outros fatores prevalentes, apesar de não apresentarem relação estatística, estiveram em consonância com achados de outros estudos acerca do tema, tais como: escolaridade, renda e ocorrência de outras IST.

Aprofundado o conhecimento, o estudo qualitativo evidenciou que a articulação entre as ações dos serviços de saúde, em especial a Atenção Básica e o Serviço Especializado, repercutem em ações promotoras no processo de adesão ao tratamento, uma vez os profissionais que ali atuam estão presentes no contexto de vida dessas mulheres desde o momento do diagnóstico, contribuindo para maior resiliência para conviver com o HIV.. As ações, interações e o diálogo entre o profissional e a mulher com HIV demonstram importantes ferramentas para adesão a TARV.

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. **Obstet Gynecol.** V. 116, p.450-63, 2010.

BELMAR, J; STUARDO, V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. **Rev. chil. infectol.**, Santiago , v. 34, n. 4, p. 352-358, Aug. 2017 . Available from <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lng=en&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Apr. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>.

BELZER M.E, NAAR-KING S, OLSON J, SARR M, THORNTON S, KAHANA SY, *ET AL.*. The use of cell phone support for non-adherent HIV-infected youth and young adults: an initial randomized and controlled intervention trial. **AIDS Behav.** V. 18, N. (4), P. :686-96, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids.** Brasília: Ministério da Saúde, Num especial, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em:

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo\\_da\\_infeccao\\_manual\\_para\\_medicos\\_pdf\\_17112.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf)

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. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional / 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. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. [Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero](#). – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 jun. 2019.

BRITO AM, CASTILHO EA, SZWARCOWALD CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **Braz J Infect Dis**. V. 9, N.(1), P.:9-19, 2006

CARVALHO, PP *et al.* . Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 2543-2555, July 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2020. Epub July 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>

CHAMMA JP, MONTELEONE VF, REIS VL, BONAFE SM, PANÃO M. Management of HIV during pregnancy. **Int J AIDS Res**. V.3, N(6), P.:86-90, 2016.

CORBIN J, STRAUSS A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE; 2015. CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **P. Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

DAGLI-HERNANDEZ, C *et al.*. “Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy.” **Patient preference and adherence**. v. 10, p. 1787-1793, 2016.

FELIX G, CEOLIM MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP**.v46, n. 4, p. 884-91, 2012.

FONSECA, P; IRIART, JAB. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 41, p. 395-407, June 2012 .

FORESTO JS, MELO ES, COSTA CRB, ANTONINI M, GIR E, REIS RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38n. 1, p:631-58, 2017.

GOMES AMT, SILVA EMP, OLIVEIRA DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . V.19, N.3, 2011.

GOULART, S; MEIRELLES, BHS; COSTA, VT; PLEFGER, G; SILVA, LM. Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência. **Rev Min Enferm.** v.22, p. 1127; 2018.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). 95-95-95: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). WHEN WOMEN LEAD CHANGE HAPPENS: Women advancing the end of AIDS. [internet]. Geneva, 2017.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Estatísticas (Internet). Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 12/04/2020.

LANGEBEEK N, GISOLF EH, REISS P, VERVOORT SC, HAFSTEINSDÓTTIR TB, RICHTER C, SPRANGERS MA, NIEUWKERK PT. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. **BMC Med.** V.21;p.12:142, 2014.

LI, Y *et al.*. “Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis.” **Journal of the International AIDS Society.** vol. 17,1 18845. 13 Feb. 2014.

MORIN. **Introdução ao Pensamento Complexo.** 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. 120 p.

PADOIN SMM, ZUGE SS, SANTOS EE, PRIMEIRA MR, ALDRIGHI JD, PAULA CC. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.**v. 18, n. 3, p.: 446-51, 2013.

POLEJACK L, SEIDL EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Cien Saude Colet.** V. 15, n.Suppl, p.:1201–1208, 2010.

PUSKAS CM, KAIDA A, MILLER CL, ZHANG W, YIP B, PICK N, MONTANER JS, HOGG RS. The adherence gap: a longitudinal examination of men's and women's antiretroviral therapy adherence in British Columbia, 2000-2014. **AIDS.** V.27, p.:827-833, 2017.

REDA S, GONÇALVES FA, MAZEPA MM, DE CARVALHO NS. Women infected with HIV and the impact of associated sexually transmitted infections. **Int J Gynaecol Obstet.** V.142, N.2, P.143-147, 2018.

REMOR E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient**. V.6, n.(2), p.:61–73, 2013.

REMOR, E. Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH). estudio internacional. **Rev. Humanitas**, v. 3, p. 80-81, 2006.

REMOR, E., MILNER-MOSKOVICS, J., & PREUSSLER, G. Estudo psicométrico para a adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)". **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.(5), 685-694, 2007.

REMOR, KVT; OGLIARO, LC; SAKAE, TM; GALATO D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arq. Catarin Med**. V.46, n. (2), p.: 53-64, 2017

RIGHETTO RC, REIS RK, REINATO LAF, GIR E. Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Rev Rene**.v. 15, n(6), p. :942-8, 2014  
PEDROSA SC, LIMA ICV, VASCONCELOS BA, CUNHA GH, PEREIRA MLD, GALVÃO MTG. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana?. **Rev Rene**. V. 18, n.3, p.:300-6, 2017

SILVA ACO, REIS RK, NOGUEIRA JA, GIR E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.22, n. (6), p.:994, 2014.

SILVA ACO. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2013.

SPIERS J, SMITH JA, POLIQUIN E, ANDERSON J, HORNE R. The experience of antiretroviral treatment for black West African women who are HIV positive and living in London: an interpretative phenomenological analysis. *AIDS Behav* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sept. 09]; 20(9):2151-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26767539>

ZUGE, SS; PRIMEIRA; MR; REMOR, E; MAGNAGO, TSBS; PAULA, CCP; PADOIM, SMM. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Rev Enferm UFSM**. V.7, N. (4), P.: 577-589, 2017.

## 10 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA PESQUISA

A figura 8 representa a integração dos dados da pesquisa.

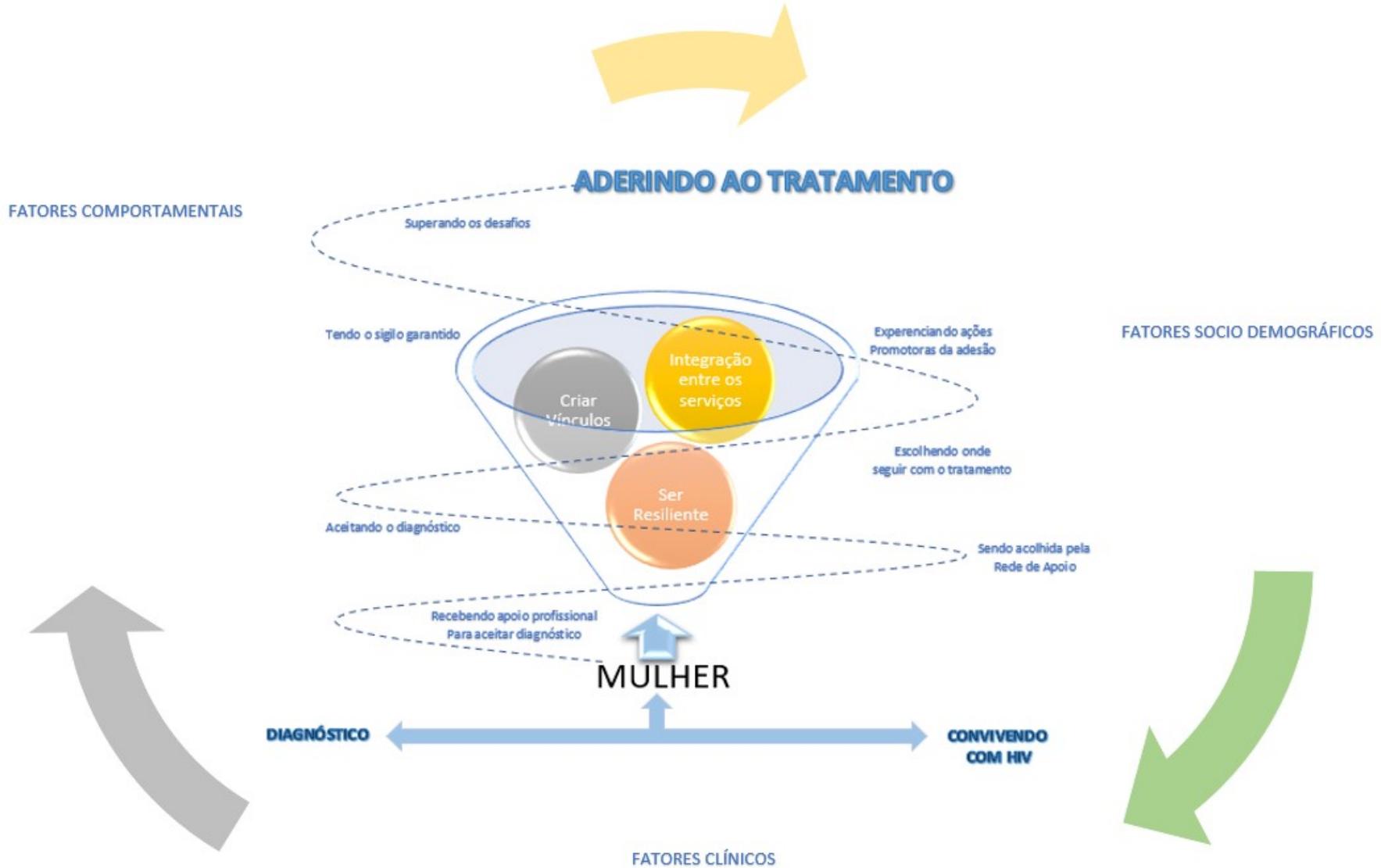
Conforme observamos, a adesão pode ser mensurada por meio de instrumentos que nos permitem quantificá-la e assim, considerar se a pessoa segue ou não o tratamento. Porém, curiosamente, observamos no desenrolar desta pesquisa que o aderir ao tratamento vai muito além dos números, este é um fenômeno complexo, que sofre influência de múltiplos fatores que inclusive podem variar conforme o momento de vida de cada mulher.

Pensar sobre adesão ao tratamento dessas mulheres sob uma perspectiva complexa, nos sugere um novo olhar, propondo um rompimento de paradigmas e reconhecendo essas mulheres como sujeitos epistêmicos, nos quais suas ações são constituídas de valores que formam o tecido social.

Nesse sentido, ao longo da pesquisa, observamos alguns liames complexos, tais como: a aceitação do diagnóstico, a interação com os serviços, as relações com os profissionais de cada serviço, o apoio familiar, dentre outros. E, ao refletirmos que o pensamento complexo nos permite considerar todas as influências recebidas, sejam elas internas ou externas, tentou-se abarcar o fenômeno em sua multidimensionalidade.

Logo, a integração dos dados nos mostra a complexidade do processo de aderir ou não ao tratamento, no qual a mulher está no centro do todo, desde o diagnóstico (etapa inicial) até o conviver com HIV (aceitação) e é a partir desse entendimento que se constroem as relações, as quais vão ao longo do processo se integrando, se interligando por meio de sucessivas aproximações e interações (representado pelo espiral) que tem como pano de fundo a resiliência, o vínculo e a integração entre os serviços, os quais, juntos, culminam na adesão:

Figura 7: Representação da integração dos resultados



Fonte: Elaborado pela autora.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando os objetivos propostos pelo presente estudo, os quais eram analisar os fatores que interferem na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres com HIV em fase reprodutiva e compreender como o cuidado realizado pelos profissionais de diferentes serviços de saúde às mulheres com HIV interfere na adesão a Terapia Antirretroviral, consideramos que os mesmos foram alcançados, pois como explanado no decorrer da pesquisa, foi possível observar quais fatores interferem positivamente ou negativamente na adesão, bem como compreender como os profissionais dos serviços de saúde podem interferir na adesão ao tratamento.

Para tanto, este estudo teve duas abordagens:

Na abordagem quantitativa, realizou-se um estudo de corte transversal, no qual foi possível mensurar o quão aderentes ao tratamento as mulheres com HIV eram e, nessa perspectiva, ao utilizar a classificação do grau de adesão conforme gradação original do instrumento (3 categorias), a maioria das mulheres foram classificadas com grau de adesão adequado (nível mediano do instrumento). Porém, quando reorganizados os dados e apresentada a classificação conforme estudos mais recentes do criador do instrumento, cujos percentis foram agrupados em duas categorias, a maioria das mulheres foram classificadas como não aderentes ao tratamento, cujo percentil foi superior a estudos nacionais e internacionais sobre o tema e que utilizaram o mesmo instrumento para mensuração da adesão.

Ainda, buscou-se relacionar quais fatores poderiam estar relacionados a adesão. Desta forma, os fatores sociodemográficos e comportamentais que estão relacionados positivamente a adesão a Terapia Antirretroviral e que apresentaram associações estatisticamente significantes, foram ocupação laboral e comparecimento a consulta médica no SAE. Ademais, apesar de outros fatores não apresentarem significância estatística nesta pesquisa, eles foram prevalentes e vão ao encontro de achados de outros estudos sobre o tema, como por exemplo, baixa escolaridade e renda.

Já para os fatores clínicos, verificou-se associação estatística significativa para adesão entre o abandono do tratamento e quantidade de comprimidos ingeridos/dia, pois as mulheres menos aderentes foram as que afirmaram ter abandonado o tratamento ao menos uma vez e consumiam mais de um comprimido por dia. Destacamos também, que as mulheres com HIV consideradas como não aderentes apresentaram valores significativos de carga viral, bem como a ocorrência de outras IST além do HIV.

A abordagem qualitativa foi construída pelos pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, a qual explicitou que a articulação entre as ações dos serviços de saúde, em especial a Atenção Básica e o Serviço Especializado, podem reverberar em ações promotoras no processo de adesão ao tratamento, pois os profissionais atuantes em cada serviço acabam estando presentes no contexto de vida dessas mulheres desde o momento do diagnóstico, contribuindo para maior resiliência para conviver com o HIV. Nesta direção, as ações, interações e o diálogo entre o profissional e a mulher com HIV se demonstram como importantes ferramentas para adesão a TARV.

Esta compreensão foi auxiliada pela utilização da Teoria da Complexidade como alicerce teórico, a qual nos permite o desenrolar de um pensamento integrador e sistêmico que nos faz enxergar além do que está posto, neste caso, a complexidade das relações entre os fatores que interferem na adesão a TARV em mulheres com HIV.

Nesse sentido, vimos que a história de vida de cada mulher, associada as suas vulnerabilidades, satisfação e aceitação do diagnóstico, afetam todo o caminho da adesão. Neste caso, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que visem entender o caráter desses significados, atribuindo-os ao fenômeno do aderir ao tratamento.

Ainda, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas no âmbito do cuidado as mulheres com HIV, de forma que se realize um cuidado integrador e articulado entre os serviços de saúde, os quais tenham como escopo a mulher e suas necessidades, conforme cada etapa de sua vida, empoderando-a e a tornando protagonista no seu processo de adesão ao tratamento, para que ela se perceba como tal e assim crie estratégias que lhe permita (con)viver com o HIV, ressignificando sua história a partir da desconstrução e reconstrução do ser mulher, portadora de uma condição crônica, envolta por muitos estigmas.

Em outra direção, espera-se também que, a partir dos dados desta pesquisa, os profissionais se percebam como atores envolvidos no processo de adesão dessas mulheres, para que as ações citadas anteriormente sejam construídas naturalmente, por meio de um cuidado humanizado e integrado entre os serviços, consonantes com a realidade de cada mulher.

Tendo em vista que este estudo discute pontos importantes no que tange o cuidado à mulher com HIV, especificamente voltado para a adesão ao tratamento, almeja-se que os resultados aqui apresentados venham contribuir para a construção e/ou organização de uma linha de cuidado com ações intersetoriais com vistas ao desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a articulação entre serviço especializado, mulher e atenção básica de forma que

todos se sintam pertencentes a este processo de aderir ao tratamento e que juntos possam potencializar o cuidado em saúde.

Nesse sentido, fazer-se-á a devolutiva dos resultados a todos os profissionais e serviços envolvidos, bem como para as mulheres com HIV objetos desta pesquisa. Ainda, planeja-se a publicação dos dados em periódicos e apresentação em eventos científicos.

Como limitação desta pesquisa, destacamos que as mulheres com HIV participantes deste estudo foram as que compareceram para atendimento no serviço especializado, portando, os dados podem estar superestimados visto que prováveis mulheres não aderentes e que não frequentam os serviços de saúde não foram localizadas, além disso, as mulheres que procuram atendimento nos serviços de saúde tendem a ter maior cuidado consigo.

Portanto, sugere-se, também, a realização de pesquisas relacionadas a adesão que visem as mulheres que vivem com HIV e não frequentam os serviços especializados.

Finalizando, confirma-se a tese deste estudo, pois existem fatores sócio demográficos, clínicos e comportamentais que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral nas mulheres com HIV. A relação estabelecida entre as mulheres com HIV, os serviços de saúde e seus profissionais influencia tanto positivamente quanto negativamente na adesão a Terapia Antirretroviral. A identificação do grau de adesão dessas mulheres e a melhor compreensão dos processos que envolvem os cuidados prestados a elas pode permitir a promoção de uma assistência qualificada que atenda às demandas exigidas por essas mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F. *et al.*. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2012.

ANDREWS, T. **O primeiro workshop teoria fundamentada clássica brasileira**. Florianópolis: UFSC, 2016. 8 p.

ARAÚJO, C.L.F; LOUREIRO, T.P.C. Percepção das mulheres em relação à adesão ao tratamento da SIDA: um estudo qualitativo. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2, 2019.

BELLINI, J.M.; REIS, R.K.; REINATO, L.A.F.; MAGALHÃES, R.L.B.; GIR, E. Qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. *Acta Paul Enferm*, n. 28, v. 4, p. 350-4, 2015.

BELZER M.E, NAAR-KING S, OLSON J, SARR M, THORNTON S, KAHANA SY, *ET AL.*. The use of cell phone support for non-adherent HIV-infected youth and young adults: an initial randomized and controlled intervention trial. *AIDS Behav* [Internet]. v. 18, n(4), p.:686-96, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24271347>.

BELMAR, J; STUARDO, V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. **Rev. chil. infectol.**, Santiago , v. 34, n. 4, p. 352-358, Aug. 2017 . Available from <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lng=en&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Apr. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>.

BONOLO P; GOMES R.R.F.M; GUIMARÃES M.D. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol Serv. Saúde**. N.16. v4, p. 267-278, 2007.

BOUSQUAT, A; GIOVANELLA, L; CAMPOS, S.E.M; ALMEIDA, P.F; MARTINS, C.L; MOTA, P.H.S; MENDONÇA, M.H.M, MEDINA, M.G; VIANA, A.L.D; FAUSTO, M.C.R; PAULA, DB. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1141-1154, 2017.

BRASIL. **Lei n.9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 13 de novembro de 1996. [Internet] [acesso em 01 dez 2012]. Disponível: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo\\_2\\_1\\_002.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_2_1_002.pdf)>

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-aids**. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cinco passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Legislação DST e AIDS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Quais são os antirretrovirais**. Disponível em > < <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. 2016. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>> Acesso em: 13 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica nº18**. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**. 2013. Última atualização: julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais **Protocolo de Investigação de Óbito por HIV/AIDS**. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. **Protocolo em Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão 2ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas/Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Política para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Política para as Mulheres, 2013.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988). Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2016 jul 9]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo\\_da\\_infeccao\\_manual\\_para\\_medicos\\_pdf\\_17112.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais . Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Clinical protocol and therapeutic guidelines for managing HIV infection in adults] Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [Accessed Marc 8, 2020]. pp. 53–57. Internet. Available from: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf).

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

\_\_\_\_\_. 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. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional / 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. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112,

2013. Disponível em:

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. 2018.

CARNEIRO, AJS; COELHO, EAC. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 887-892, Dec. 2013.

CARTER, A.J, BOURGEOIS, ; O'BRIEN, N;ABELSON, K;THARAO, W; GREENE, S; MARGOLESE, S; KAIDA, A; SANCHEZ, M; PALMER, AK; CESCO, A; POKOMANDY, A; LOUTFY, M. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. **J Int AIDS Soc.** V.16. n1, p. 174-183, 2013.

CARVALHO, C.M.L; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da aids entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev Esc Enferm USP.** v 42, n.1p.907, 2008.

CARVALHO, P.P *et al.*. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 2543-2555, July 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702543&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2020. Epub July 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>.

CASTILLO-MANCILLA J.R, HABERER J.E. Adherence Measurements in HIV: New Advancements in Pharmacologic Methods and Real-Time Monitoring. **Curr HIV/AIDS.** V. 15 N.1, P. 49-59, 2018.

CECÍLIO, LC. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre os processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v.15, n.37, p.589-599, 2011.

CHAMMA J.P, MONTELEONE V.F, REIS V.L, BONAFE S.M, PANÃO M. Management of HIV during pregnancy. *Int J AIDS Res.* 2016; 3(6):86-90.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CHESNEY M.A, ICKOVICS J.R, CHAMBERS D.B, GIFFORD A.L, NEIDIG J, ZWICKL B, *et al.*. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. **AIDS Care.**V.12, N.3, P.:255–66, 2000.

CORBIN J, STRAUSS A. **Basics of qualitative research:** techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE; 2015.

COSTA, R.R.O; MEDEIROS, S.M; SANTOS, V.E.P *et al.*. Positivismo e complexidade: interfaces e influências no contexto do ensino na graduação em enfermagem. **Rev baiana enferm.** V. 31, n1. P.:e17067, 2017

COSTA, J.M *et al.*. “Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis.” **Journal of the International AIDS Society** .v. 21,1, 2018.

COUTINHO, M.F. C; O´DWYER, G.; FROSSARD. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Debate.** V. 42 (116), P. 251 259. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CRESWELL, J. W., PLANO CLARK, V. L., GUTMANN, M. L., & HANSON, W. E. Advanced mixed methods research designs. In A.Tashakkori & C.Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*, p. 209–240, 2003.

DAGLI-HERNANDEZ, C *et al.*. “Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy.” **Patient preference and adherence.** v. 10, p. 1787-1793, 2016.

DUONG M, PIROTH L, GRAPPIN M, FORTE F, PEYTAVIN G, BUISSON M, *et al.*. Evaluation of the Patient Medication Adherence Questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. **HIV Clin Trials.** V.2, p.128–35, 2001.

EVANS G.L. A novice researcher's first walk through the maze of grounded theory: rationalization for classical grounded theory. **Grounded Theory Rev.** 2013.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DE SÃO PAULO (FAPESP). Agência FAPESP. Pesquisa aponta mudança no perfil da aids em São Paulo. [internet]. São Paulo; 2012.

FARIA I.M, MELO V.H, CASTRO L.P.F, FARIA F.M, CARVALHO N.O, ARAÚJO A.C.L, OLIVEIRA H.C. Acuidade da citologia oncológica para o diagnóstico da infecção pelo HPV no colo uterino de mulheres portadoras do HIV. **Rev Bras Ginecol Obstet.** V. 30, N.9, p. 437-44, 2008.

FERREIRA, C.L. GALLO, H. Pensamento complexo: reflexões sobre a vida contemporânea. **Complexus**, Salto, SP, ano 1, n. 1, p. 1-23, 2010.

FELIX G, CEOLIM M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP.**v46, n. 4, p. 884-91, 2012.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Coleção Pesquisa Qualitativa (Coordenação de Uwe Flick). Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2009.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev. Saúde Pública.** v. 36, n.6, p. 678-685, 2002.

FONSECA, P.L; IRIART, J.A.B. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 41, p. 395-407, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200009>.

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. 38n. 1, p:631-58, 2017.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012.

GALVÃO, M.T.G; FREITAS, J.G; COSTA, E; LIMA, I.C.V de; BRITO, D.M.S de; ROCHA, M.A.D. Mulheres com HIV: características individuais e da prevenção de câncer cervical. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 99-108, 2010.

GALVÃO, M.T.G. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana. **Rev Rene**, v. 18, n3, p.300-6, 2017.

GHIDEI, L. *et al.*. Aging, antiretrovirals, and adherence: a meta analysis of adherence among older HIV-infected individuals. **Drugs & Aging**, Auckland, v. 30, n. 10, p. 809-819, 2013.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da aids. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978. 164 p.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press. 2005

GOULART, S; MEIRELLES, B.H.S; COSTA, V.T; PLEFGER, G; SILVA, L.M. Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência. **Rev Min Enferm.** v.22, p. 1127; 2018.

GUERRA, C.P.P; SEIDL, E.M.F. Adesão em HIV/AIDS: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2010.

HERRERA C, CAMPERO L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH / SIDA: constantes y cambios en el tema. **Salud Publica**. V. 44, p. 554-62, Mex 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011.

ITAJAÍ. Prefeitura do Município de Itajaí – Estatísticas. 2020

JACQUES I.J; SANTANA J.M; MORAES, D.C; SOUZA, A.F; ABRÃO, F.M; OLIVEIRA, R.C. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral entre pacientes em atendimento ambulatorial. **Rev Bras Ciênc Saúde**. V.18, n. 4, p.303-8, 2015.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.

\_\_\_\_\_. Ending AIDS: Progress towards the 90–90–90 targets. [internet]. Geneva, 2017a.

\_\_\_\_\_. WHEN WOMEN LEAD CHANGE HAPPENS: Women advancing the end of AIDS. [internet]. Geneva, 2017b.

\_\_\_\_\_. 95-95-95: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016.

\_\_\_\_\_. Estatísticas (Internet). Disponível em: <https://unids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 12/04/2020.

KANTERS, S; PARK, J.H; CHAN, K; SOCIAS, M.E; FORD, N, FORREST, J.; *et al.*. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet HIV**, 2016.

KLOCK, P. **Gerência do cuidado de enfermagem**: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Tese (Doutor em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

KNOBEL H; ALONSO J; CASADO, J.L; COLLAZOS J; GONZÁLEZ J; RUIZ, I. *et al.*. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. **AIDS**. V.16, n.4, p.605–13, 2002.

LANZONI, G.M.M; MEIRELLES, B.H.S; CUMMINGS, G. Nurse leadership practices in primary health care: a grounded theory. **Texto Contexto Enferm**. 25, n.4, 2016.

LEWIS, L.F. Putting ‘quality’ in qualitative research: a guide to grounded theory for mental health nurses. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. V. 22, n. 10, p.821-8, 2015.

KENNY M; FOURIE R. Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. **Qual Rep**. v. 20, n. 8, p:1270-89. 2015.

LI, Y *et al.* Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**. vol. 17,1 18845. 13 Feb. 2014.

MAFRA, R.L.P; PEREIRA, E.D; VARGA, I.V.D; MAFRA, W.C.B. Aspects of gender and vulnerability to HIV/AIDS among users of two of specialized services assistance in DST/AIDS of São Luís, Maranhão, Brazil. **Saúde e Sociedade**. V. 25, n. 3, p.:641-51, 2016.

MAGALHÃES JÚNIOR, HM; PINTO, HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Revista Divulgação para Saúde em Debate**. n°51, p.14-29. 2014.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010.

MARTINS, S.S; MARTINS, T.S.S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 111-118, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100013&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Apr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100013>.

MATTOS, R.A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009b. p. 369-383.

MEIRELLES, B.H.S. Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2003.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 27, n. 78, p.27-34, 2013.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.

MEKURIA, L.A; PRINS, J.M; YALEW, A.W; SPRANGERS, M.A; NIEUWKERK, P.T. Which adherence measure - self-report, clinician recorded or pharmacy refill - is best able to predict detectable viral load in a public ART programme without routine plasma viral load monitoring? **Trop Med Int Health**. V. 21, n.7, p.:856-69, 2016.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.

MHODE M. Lived Experiences of stigma and discrimination among people on antiretroviral therapy: a qualitative study in Ilala Municipality. **Dar Es Salaam**, 2016.

MORIN, E. **A Religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 588 p.

\_\_\_\_\_. **A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128 p.

\_\_\_\_\_. A necessidade de um pensamento complexo. In: **Representação e Complexidade**. Org. Mendes, C. Rio de Janeiro: Garamond, Brasil, 2003. 69-76 p.

\_\_\_\_\_. **Ciência com Consciência**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b. 344 p.

MORIN. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. 120 p.

\_\_\_\_\_. **Os Sete Saberes Necessários a Educação do Futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez Editora, 2011b. 102 p.

\_\_\_\_\_. Multiversidad mundo real Edgar Morin. **Edgar Morin: el padre del pensamiento complejo**. México. 2015. Disponível em: < <http://www.edgarmorin.org/>>. Acesso em: 30 março 2020.

\_\_\_\_\_. **O método 5. A humanidade da humanidade. A identidade humana**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. 309 p.

MORISKY, D.E; GREEN, LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**.v.24, n. 1, p.:67–74, 1986.

MILLER TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. **Patient Educ Couns**.v. 99, n. 7, p.:1079–1086, 2016.

NEUPANE, S *et al.*. “Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in CHITWAN, Nepal.” **BMC public health** .vol. 19,1 720. 10 Jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008: cuidados de saúde primários agora mais que nunca**. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PADOIN, S.M.M; ZUGE, S.S; SANTOS, E.E; PRIMEIRA, M.R; ALDRIGHI, J.D; PAULA, C.C. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm**.v. 18, n. 3, p.: 446-51, 2013.

PEDROSA, S.C; LIMA, I.C.V; VASCONCELOS, B.A; CUNHA, G.H; PEREIRA, M.L.D; GALVÃO, M.T.G. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana?. **Rev Rene**. V. 18, n.3, p.:300-6, 2017

PEREIRA, L.D; ALBUQUERQUE, J.R; SANTOS, J.M; LIMA, F.L.A; SALDANHA, A.N.W. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**. V. 16, n.2, p.:149-60, 2012.

PICELLI, I; DÍAZ-BERMÚDEZ, X.P. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. **Saude soc**. V. 23, n. 2, p.: 496-509, 2014.

PIÑA LÓPEZ, J.A; CORRALES RASCÓN, A.E; MUNGARAY PADILLA, K; VALENCIA VIDRIO, M.A. Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). **Rev Panam Salud Publica**.v.19, n.4, p.:217–28, 2006.

POLEJACK, L; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Cien Saude Colet**. V. 15, n.Suppl, p.:1201–1208, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

**ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. Epidemiologia e saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. 719 p.

REIS, R.K; SANTOS, C.B; DANTAS, R.A.S; GIR, E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):565-75.

REIS, AC *et al.*. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 23, n. 3, p. 420-429, 2010 .

REMOR, E. Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH). *estúdio internacional. Rev. Humanitas*, v. 3, p. 80-81, 2006.

REMOR, E. International Psychometric Study of the Adherence to Antiretroviral Treatment Questionnaire. Paper presented at the meeting of the European Health Psychology Conference, Bath, UK. 2008.

REMOR, E. **Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida.** Guía para el usuario del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida (CEAT-VIH). Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2015.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J; PREUSSLER, G. Estudo psicométrico para a adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)". **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.(5), 685-694, 2007.

REMOR, K.V.T; OGLIARO, L.C.; SAKAE, T.M; GALATO, D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arq. Catarin Med.** V.46, n. (2), p.: 53-64, 2017.

REMOR E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient.** V.6, n.(2), p.:61–73, 2013.

REZENDE, E.L.F; VASCONCELOS, A.M.N; PEREIRA, M.G. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. **Braz J Infect Dis**, Salvador , v. 14, n. 6, p. 558-563, Dec. 2010

RIGHETTO, R.C; REIS, R.K; REINATO, L.A.F; GIR, E. Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Rev Rene.**v. 15, n(6), p. :942-8, 2014.

ROCHA, A.C.D *et al.*. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *RAS*, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun. 2012.

RODRIGUES, B.G; HOLZMANN, A.P.F, SANTOS; LIMA, A.G.P; GONÇALVES, C.A; SANTOS, R.P.F. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS. *Enfermería Global* N° 44., 2016.

ROMEU, G.A, et. al. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.** V3, n.(1), p.:37-41, 2012.

SANTOS, J.L.G; ERDMANN, A.L; SOUSA, F.G.M; LANZONI, G.M.M; MELO, A.L.S.F; LEITE, J.L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**. V. 10; N.(3), 2016.

SANTOS, J.L.G; CUNHA, K.S; ADAMY, E.K; BACKES, M.T.S; LEITE, J.L; SOUSA, F.G.M. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>

SANTOS, W.J.; DRUMOND, E.F.; GOMES, A.S. *et al.*. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev. bras. Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1028-37; 2012.

SANTOS, M. A. M. **Políticas públicas e a saúde da mulher no brasil e no estado de goiás**. 2015, 85p. Dissertação (Mestrado ciência ambientais e saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, universidade católica de goiás, Goiás, 2015.

SCAMARDI, S.N; MACHADO, C.M; FREITAS, G.M; MAIA, I.L; MIYAZAKI, C.O.M. Adesão à Terapia Antirretroviral em pacientes HIV+/AIDS: aspectos psicossociais HIV+/AIDS: adesão ao tratamento. **Arq Ciênc Saúde**. V. 20, n.(1), p.:22-6, 2013.

SHUBBER, Z *et al.*. “Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis.” **PLoS medicine**. vol. 13,11, 2016.

SILVA, D.A.R da; ALVES, I.G.F; BARROS, M.T; DORNELES, F.V. Prevalência de sífilis em mulheres. *Enferm. Foco* 8 (3): 61-64, 2017.

SILVA, A.C.O. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2013.

SILVA, C.M.; LOPES, F.M.V.M.; VARGENS, O.M.C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 31, n. 3, p. 450-7; 2010

SILVA ACO, REIS RK, NOGUEIRA JA, GIR E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.22, n. (6), p.:994, 2014.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, J.A.G; DOURADO, I; BRITO, A.M.D; SILVA, C.A.L.D. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*. V. 31(6), P.1188-1198, 2015.

SPIERS, J; SMITH, J.A; POLIQUIN, E; ANDERSON, J; HORNE, R. The experience of antiretroviral treatment for black West African women who are HIV positive and living in London: an interpretative phenomenological analysis. *AIDS Behav*. V. 20, n. (9), p. :2151-63, 2016.

STRAUSS, A.L; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TYLER-VIOLA, L; CORLESS, IB; REID, P; SULIVAN, KM; NICHOLAS, P. Predictors of Medication Adherence Among HIV-Positive Women in North America. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. V. 43, n.(2), p.:168-78, 2014.

VAJPAYEE, S; KRISHNACHARYA K; YANG, S *et al.*. **Adhesion Selectivity Using Rippled Surfaces**. 2011

VAL, L.F do. **Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/AIDS: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo** . 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VARELA, M.T; SALAZAR, I.C; CORREA, D; DUARTE, C; TAMAYO, J.A; SALAZAR, Á.E. La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario. *Colomb Médica*. V.40, n.4, p.:387–98. 2009. UN

VILLELA, W.V; BARBOSA, R.M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):87-96, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2015.

\_\_\_\_\_. **Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. Geneva: World Health Organization; 2016.

\_\_\_\_\_. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: Acesso em: 5 fev. 2020.

ZUGE, S.S; PRIMEIRA; M.R; REMOR, E; MAGNAGO, T.S.B.S; PAULA, C.C.P; PADOIM, S.M.M. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Rev Enferm UFSM**. V.7, N. (4), P.: 577-589, 2017.

**APENDICE A - QUESTIONÁRIO INFORMAÇÕES RELACIONADAS ÀS  
VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE CARACTERÍSTICAS  
COMPORTAMENTAIS**

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:</b>	
Nome (iniciais): _____	
Entrevistador: _____	
Horário de início da entrevista: ___:___ h	/ Horário de término da entrevista: ___:___ h

**SÓCIO DEMOGRÁFICAS**

	<b>Codificação</b>
<b>Idade (anos completos):</b> _____ anos	( )
<b>Raça (declarada pelo participante)?</b> (1) branca; (2) preta; (3) amarela; (4) parda; (5) indígena	( )
<b>Você Trabalha?</b> (0) Não; (1) Sim;	( )
<b>Você estuda?</b> (0) Não; (1) Sim;	( )
<b>Você é independente economicamente?</b> (0) Não; (1) Sim;	( )
<b>Qual a renda mensal?</b> (1) 0-1 salário mínimo (2) 1-2 salários mínimo; (3) 2-3 salários mínimo; (4) 3-5 salários mínimo; (5) 5- 11 salários mínimo; (6) mais que 11 salários mínimo	( )
<b>Com quem você mora:</b> (1) Família; (2) Sozinho; (3) Instituições; (4) Amigos	( )
<b>Como você se identifica?</b> (1) Homem; (2) Mulher; (3) Transexual	( )
<b>Qual sua situação conjugal?</b> (1) Solteira; (2) Casada; (3) União consensual; (4) Separada; (5) Divorciada; (6) Viúva	( )
<b>Qual sua escolaridade?</b> (0) Nunca estudou; (1) Primeiro grau completo; (2) Primeiro grau incompleto; (3) Segundo grau completo;	( )

(4) Segundo grau incompleto; (5) Terceiro grau completo; (6) Terceiro grau incompleto; (7) PósGraduação (cursando); (8) PósGraduação (completa)	
---	--

### COMPORTAMENTAIS

	Codificação
<b>Você ingere alguma bebida que contenha álcool?</b> (0)Não; (1)Sim;	( )
<b>Com que frequência você ingere uma bebida que contenha álcool?</b> (0) Nunca (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?	( )
<b>Que tipo de bebida que contenha álcool você ingere?</b> (0)Cerveja (1)Vinho (2)Coquetéis (3)Destilado (pinga, vodka e whisky);	( )
<b>Em relação ao uso de drogas? Você faz uso?</b> (0)Não; (1)Sim;	( )
<b>Com que frequência você usa drogas?</b> (0) Nunca (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	( )
<b>Se sim para DROGAS.</b> <b>Que tipo de drogas você faz uso?</b> (0)Cigarro (1)Maconha (2)Cocaína <b>(3)Crack</b> <b>(4)Drogas sintéticas</b> Se outra, qual? _____	( )
<b>Você deixa de tomar seus medicamentos (TARV) para fazer uso de álcool ou de drogas?</b> (0)Não; (1)Sim;	( )
<b>Com que frequência isso acontece?</b> (0) Nunca (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	( )
<b>Qual sua orientação sexual?</b> (1) Heterossexual, (2) Homossexual, (3)Bissexual	( )

<b>Quantas relações sexuais você teve no último mês?</b>	( )
<b>Se nenhuma vez no último mês, quantas relações sexuais você teve no último ano?</b>	( )
<b>Faz uso de preservativos nas relações sexuais?</b> (0)Não; (1)Sim;	
<b>Com que frequência?</b> (0) nunca (1) sempre (2) às vezes (3) na maioria das vezes	( )
<b>Há quanto tempo você frequenta este serviço?</b> (em meses)_	( )
<b>Que tipo de atividades você participa neste serviço?</b> (1)Consultas clínicas (2)Orientação e apoio psicológico (3)Orientações farmacêuticas (4)Recebimento de insumos de prevenção <b>Outras?</b> _____	( )
<b>Você tem algum tipo de atendimento específico relacionado a adesão ao tratamento?</b> (0) Não; (1)Sim;	( )
<b>Com que profissional você consulta?</b> (1) médico infectologista (2) enfermeiro (3) médico infectologista e enfermeiro	( )
<b>Você compareceu nas últimas consultas médicas?</b> (0)Não; (1)Sim;	( )
<b>Com que frequência você consulta com o médico infectologista?</b> (1) 1x por mês (2) a cada 2 meses (3) a cada 3 meses (4) a cada 6 meses (5) a cada 12 meses	( )
<b>Você compareceu nas últimas consultas de enfermagem?</b> (0)Não; (1)Sim; <b>Motivo:</b> _____	( )
<b>Com que frequência você consulta com o enfermeiro?</b> (1) 1x por mês (2) a cada 2 meses (3) a cada 3 meses (4) a cada 6 meses (5) a cada 12 meses <b>(6)Não faz consulta</b> <b>Motivo:</b> _____	( )
<b>Com que frequência você consulta com o psicólogo?</b> (1)1x por mês (2) a cada 2 meses (3) a cada 3 meses (4) a cada 6 meses (5) a cada 12 meses (6) Não faz consulta <b>motivo:</b> _____	( )
<b>Voce consulta em alguma UBS aqui no Município?</b> (0) Não (1) Sim <b>MOTIVO:</b> _____	( )
<b>Com que frequência você procura a UBS do seu município?</b> (0) Nunca (1) 1x por mês (2) a cada 2 meses (3) a cada 3 meses (4) a cada 6 meses (5) a cada 12 meses	( )
<b>Voce procura algum profissional específico da UBS aqui no Município?</b> (0) Não (1) Sim	( )
<b>Se sim, qual?</b> (4)Enfermeiro (5)Médico (6)Agente comunitário	( )

(7) Técnico de Enfermagem (8) Outro: _____	
<b>Algum profissional da UBS ou Estratégia de Saúde da família te visita na sua casa?</b> (0) Não (1) Sim	( )
<b>Saberia me dizer qual é o profissional que te visita?</b> (0) Não (1) Sim	( )
<b>Se sim, qual?</b> (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Agente comunitário (4) Técnico de Enfermagem (5) Outro: _____	( )
<b>Com que frequência os profissionais da UBS do seu município te visitam?</b> (0) Nunca (1) 1x por mês (2) a cada 2 meses (3) a cada 3 meses (4) a cada 6 meses (5) a cada 12 meses (6) Não sabe	( )

**APENDICE B - QUESTIONÁRIO INFORMAÇÕES RELACIONADAS ÀS  
VARIÁVEIS CLÍNICAS (CONSULTA AO PRONTUÁRIO)**

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS**

	<b>Codificação</b>
<b>Forma como adquiriu o HIV?</b> (1) Relação Sexual; (2) Uso de Drogas Injetáveis; (3) Transfusão de Hemoderivados; (4) Transmissão Vertical; (5) Não sabe.	( )
<b>Tempo de diagnóstico HIV?</b> (em meses): _____	( )
<b>Carga viral plasmática no último exame?</b> (cópias/ml) _____ Mes: ____ ano: ____	( )
<b>Contagem das células CD4+ no último exame?</b> (mm <sup>3</sup> ) _____ Mês: ____ ano: ____	( )
<b>Tempo de uso da terapia antirretroviral</b> (em meses): _____	( )
<b>Desde que você iniciou o tratamento alguma vez você já interrompeu seu tratamento?</b> (5) Não (1) Sim	( )
<b>Possui doença infecciosa além do HIV</b> (0) Não; (1) Sim;	( )
<b>Se sim, qual?</b> _____	
<b>Tem ou teve alguma IST desde que recebeu o diagnóstico de HIV?</b> (0) Não (1) Sim	( )
<b>Se sim, qual?</b> (1) HPV (2) Hep. B (3) Gonorréia (4) Clamídia (5) Sífilis (6) Vaginose (7) Outra: _____	( )
<b>Está ou esteve em tratamento para alguma IST fora o HIV?</b> (9) Não (1) Sim	

Especificar tratamento: _____	( )
<b>Quando foi a última vez que coletou o exame preventivo</b> (0) Nunca (1) $\leq$ 1 ano (2) entre 1 e 3 anos (3) entre 3 e 5 anos (4) $\geq$ 5 anos (5) Não se aplica	( )
<b>Resultado da coleta de exame colpocitológico:</b> (0) Sem alterações (1) Alterações citológicas. Especificar: _____ (2) IST. Especificar: _____ (3) NÃO SE APLICA	( )
<b>Classe de medicamentos antirretrovirais utilizada (registro - SICLOM)?</b> (0) Sem registro no SICLOM; (1) Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN); (2) Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa; (ITRNN); (3) Inibidores de Protease (IP); (4) Inibidores de Fusão; (5) Inibidores da Integrase; (6) Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN) + Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa; (ITRNN); (7) Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN) + Inibidores de Protease (IP) (8) Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN) + Inibidores de Protease (IP) + Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa; (ITRNN) Se outra, qual? _____	<b>Observação:</b> <b>ESCREVER O</b> <b>NOME DA</b> <b>MEDICAÇÃO</b> <hr/> <hr/> <hr/> ( )
<b>Quantidade de comprimidos tomados ao dia (SICLOM)? (em números)?</b>	
<b>Frequência com que os comprimidos são tomados (SICLOM)?</b> (0) Nunca (1) 1 a 3 vezes ao dia (2) 3 a 5 vezes ao dia (3) 5 a 10 vezes ao dia (4) $\geq$ 10 vezes ao dia	( )

**APENDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFISSIONAIS DE SAÚDE –  
SERVIÇO ESPECIALIZADO**

(etapa qualitativa)

DATA    /    /   

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome(iniciais): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início da entrevista: \_\_\_\_: \_\_\_\_ h / Horário de término da entrevista: \_\_\_\_: \_\_\_\_ h

- 1- Conte-me um pouco sobre a sua trajetória profissional até chegar aqui no serviço de atenção especializada.

**Questão norteadora:**

- 1) Para você, o que interfere na adesão a TARV nas mulheres atendidas aqui?

*Questões complementares:*

- 2) Conte-me, como é para você trabalhar com mulheres que convivem com HIV?
- 3) Você percebe ou observa a adesão ao tratamento dessas mulheres?
- 4) Qual sua opinião sobre a Atenção Básica e o Serviço Especializado atenderem essas mulheres nas Unidades de Saúde?

**APENDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA PROFISSIONAIS DE SAÚDE –  
ATENÇÃO BÁSICA**

**(etapa qualitativa)**

DATA    /    /

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome(iniciais): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início da entrevista: \_\_\_\_:\_\_\_\_h    /    Horário de término da entrevista: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

- 2- Conte-me um pouco sobre a sua trajetória profissional até chegar aqui no serviço de atenção especializada.

**Questão norteadora:**

- 5) Para você, o que interfere na adesão a TARV nas mulheres atendidas aqui?

*Questões complementares:*

- 6) Conte-me, como é para você trabalhar com mulheres que convivem com HIV?  
7) Você percebe ou observa a adesão ao tratamento dessas mulheres?  
8) Qual sua opinião sobre a Atenção Básica e o Serviço especializado atenderem essas mulheres?

**APENDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA MULHERES COM HIV**  
**(etapa qualitativa)**

Data / /

<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:</b> Nome (iniciais): _____ Entrevistador: _____ _____
---

Horário de início da entrevista: \_\_: \_\_ h / Horário de término da entrevista: \_\_: \_\_ h

- 1- Conte-me um pouco sobre a sua história até o dia em que recebeu o diagnóstico positivo.

**Questões norteadoras:**

- 2- Conte-me, como é para você viver ou conviver com HIV/aids?
- 3- Qual serviço de saúde você procura quando precisa de atendimento?

*Questões complementares:*

- 1- E sobre seu tratamento, você poderia me falar sobre ele?



## **APENDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA)**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você tem todo o direito de não querer participar, e não precisa nos dizer por que. Mesmo que você aceite participar agora, caso decida abandonar o estudo depois, poderá fazê-lo a qualquer momento, quando bem entender, e sem me apresentar qualquer tipo de explicação. Asseguramos a você total liberdade para participar e desistir do trabalho.

Você não terá qualquer tipo de problema se não aceitar este convite, ou para desistir em participar do trabalho. Depois de explicarmos todo o projeto e o que você deverá fazer, é importante que você leia este documento, e se estiver de acordo com ele, será necessário que você assine no final dele, colocando ainda sua rubrica, em todas as folhas. O pesquisador responsável e seus assistentes também irão assinar e colocar suas rubricas, assim como você. Este documento está em três vias. Uma delas é sua e a outra dos pesquisadores.

O nome da pesquisa é **“FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NAS MULHERES EM FASE REPRODUTIVA ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DE UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DO SUL DO BRASIL”**. O objetivo desse estudo é 1 – Analisar os fatores intervenientes na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil; 2 - Propor um referencial teórico que contribua para a construção, implantação e gestão da linha de cuidado às mulheres que convivem com HIV/aids, a partir dos significados relacionados a adesão atribuídos pelos sujeitos envolvidos nesse processo. Para isso, você deverá responder a um questionário. Neste questionário não existem questões certas ou erradas. Posteriormente, em uma segunda etapa, alguns participantes, incluindo você, serão sorteados aleatoriamente para participar de uma entrevista, a qual será utilizado um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas. Estas entrevistas ocorrerão em local reservado e serão gravadas para facilitar a transcrição das respostas pelo pesquisador posteriormente. No entanto, caso você não se sinta a vontade, poderá recusar participar deste momento, sem qualquer prejuízo. Além disso, precisamos da sua autorização para pesquisar algumas informações clínicas (resultados de exames laboratoriais, exames de rotina – preventivo, data das retiradas de medicamentos, etc.) que estarão disponíveis somente no seu prontuário. Logo, ao concordar em participar desta pesquisa e assinar este termo, a senhora estará nos autorizando a acessar seu prontuário que fica armazenado no CEREDI. É importante destacar que se a senhora não nos autorizar a acessar seu prontuário, não iremos de forma alguma coletar informações sem seu consentimento e autorização.

Faremos essa pesquisa durante sua consulta de rotina no CEREDI. Combinaremos um local específico, confortável e adequado para que você se sinta mais seguro e consiga responder as questões com tranquilidade. Caso você tenha alguma dúvida sobre alguma questão, estaremos à sua disposição.

De modo algum, suas respostas serão reveladas para alguém, seja seus familiares, amigos, ou profissionais do serviço de saúde que você frequenta, ou qualquer outra pessoa que não esteja diretamente vinculada ao trabalho como pesquisador. Garantimos para você absoluto sigilo e o direito de retirar a sua permissão de usarmos as informações a qualquer momento.

Lembramos que sua participação nesta pesquisa é voluntária e, portanto, você não terá nenhum tipo de remuneração ou recompensa. Mas você terá direito a ser indenizado por qualquer prejuízo e eu pagarei todas as despesas (ressarcimento) que você tiver por causa da sua participação no trabalho.

Você tem o direito de pedir qualquer à informação sobre as perguntas e o trabalho a qualquer momento. Se houver necessidade, você poderá telefonar ou para os pesquisadores a qualquer momento.

Todas as informações serão arquivadas por um período de 5 anos após o término da pesquisa, em arquivo físico e digital, sob a minha guarda e responsabilidade.

Apesar de mínimos, esta pesquisa oferece alguns riscos, tais como: invasão de privacidade, ou, sentimentos de discriminação ou estigmatização em virtude de alguma pergunta que poderemos fazer durante a pesquisa. No entanto, o pesquisador irá te explicar todos os detalhes a fim de minimizar ao máximo estes riscos. Ainda, lembramos que a pesquisadora responsável e seus assistentes atuam há alguns anos com pacientes com o mesmo diagnóstico que o seu e todos os pesquisadores foram capacitados para executar esta pesquisa, visando promover o seu melhor bem estar e conforto para responder as questões.

Outros riscos da pesquisa são a divulgação e extravio de dados de caráter pessoal e privado, e a interferência na sua rotina durante as consultas. Para evitar essa situação, nós não iremos solicitar nenhuma informação sobre número de documentos do tipo identidade e CPF; seu nome não será registrado nos questionários; você terá um código de numeração, conhecido apenas por mim e os outros pesquisadores; todas as informações permanecerão de minha pose; nenhuma informação que possa te identificar será usada em e-mail ou qualquer outro tipo de canal de comunicação. Os mesmos cuidados valem para as informações que coletaremos do seu prontuário.

Você poderá sentir algum desconforto para responder determinadas questões. Por isso você terá total liberdade de não responder a qualquer uma das questões; você terá total liberdade de abandonar o estudo quando bem entender, sem dar nenhum tipo de explicação; os questionários a serem utilizados foram utilizados em outras pesquisas com pessoas com o mesmo diagnóstico que o seu.

Esta pesquisa tem alguns benefícios. Ela poderá ajudar a comunidade científica entender melhor os fatores que influenciam a não adesão a terapia antirretroviral, para que os profissionais de toda a Rede de Atenção a Saúde (Unidades Básicas, Hospitais, Serviços Especializados, etc.) possam estruturar estratégias que facilitem a adesão aos medicamentos antirretrovirais, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Ao final da pesquisa, entregaremos a você um relatório sobre os resultados. Por isso eu preciso de um e-mail, ou a melhor maneira para você receber os resultados. Estes resultados também serão apresentados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Universidade do Vale do Itajaí, em Itajaí, e poderão ser publicados em congressos ou artigos científicos. Em qualquer um dos casos e de forma alguma você será identificado ou reconhecido.

Qualquer problema que você tenha, por favor, ligue para mim ou para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do vale do Itajaí.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do vale do Itajaí – UNIVALI, em caso de dúvidas, sugestões e/ou denúncias após os esclarecimentos do pesquisador o Comitê de Ética está disponível para te atender.

Endereço e contato do CEP/UNIVALI - Rua  
Uruguai, n. 458 Centro Itajaí. Bloco F6, andar  
térreo.

Horário de atendimento: Das 8:00 às 12:00 e  
das 13:30 às 17:30 – Telefone: 47- 33417738.

E-mail: [etica@univali.br](mailto:etica@univali.br)

## **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. O pesquisador garantiu que eu posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

---

Pesquisador: Pollyana Bortholazzi Gouvea

Telefone para contato: 47 991252504

Pesquisador principal: Betina Horner S. Meirelles

Telefone para contato: 48 99832953

## **APENDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – CEREDI E UBS)**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você tem todo o direito de não querer participar, e não precisa nos dizer por que. Mesmo que você aceite participar agora, caso decida abandonar o estudo depois, poderá fazê-lo a qualquer momento, quando bem entender, e sem me apresentar qualquer tipo de explicação. Asseguramos a você total liberdade para participar e desistir do trabalho.

Você não terá qualquer tipo de problema se não aceitar este convite, ou para desistir em participar do trabalho. Depois de explicarmos todo o projeto e o que você deverá fazer, é importante que você leia este documento, e se estiver de acordo com ele, será necessário que você assine no final dele, colocando ainda sua rubrica, em todas as folhas. O pesquisador responsável e seus assistentes também irão assinar e colocar suas rubricas, assim como você. Este documento está em três vias. Uma delas é sua e a outra dos pesquisadores.

O nome da pesquisa é **“FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NAS MULHERES EM FASE REPRODUTIVA ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DE UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DO SUL DO BRASIL”**. O objetivo desse estudo é 1 – Analisar os fatores intervenientes na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil; 2 - Propor um referencial teórico que contribua para a construção, implantação e gestão da linha de cuidado às mulheres que convivem com HIV/aids, a partir dos significados relacionados a adesão atribuídos pelos sujeitos envolvidos nesse processo. Para isso, você deverá participar de uma entrevista, a qual será utilizado um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas. Estas entrevistas ocorrerão em local reservado e serão gravadas para facilitar a transcrição das respostas pelo pesquisador posteriormente. No entanto, caso você não se sinta à vontade, poderá recusar participar deste momento, sem qualquer prejuízo. O propósito destas entrevistas é coletar o maior número de informações que auxiliem os pesquisadores a compreender o processo de atendimento das usuárias dos serviços sob a ótica das construção de linhas de cuidado que articulem o serviço em que você atua com os demais serviços de saúde disponíveis no município para atender pacientes com diagnóstico positivo para HIV/aids.

Faremos essa pesquisa durante sua rotina de trabalho. Combinaremos um local específico, confortável e adequado para que você se sinta mais seguro e consiga responder as questões com tranquilidade. Caso você tenha alguma dúvida sobre alguma questão, estaremos à sua disposição.

De modo algum, suas respostas serão reveladas para alguém, seja seus pacientes ou demais profissionais do serviço de saúde ou qualquer outra pessoa que não esteja diretamente vinculada ao trabalho como pesquisador. Garantimos para você absoluto sigilo e o direito de retirar a sua permissão de usarmos as informações a qualquer momento.

Lembramos que sua participação nesta pesquisa é voluntária e, portanto, você não terá nenhum tipo de remuneração ou recompensa. Mas você terá direito a ser indenizado por qualquer prejuízo e eu pagarei todas as despesas (ressarcimento) que você tiver por causa da sua participação no trabalho.

Você tem o direito de pedir qualquer à informação sobre as perguntas e o trabalho a qualquer momento. Se houver necessidade, você poderá telefonar ou para os pesquisadores a qualquer momento. Todas as informações serão arquivadas por um período de 5 anos após o término da pesquisa, em arquivo físico e digital, sob a minha guarda e responsabilidade.

Apesar de mínimos, esta pesquisa oferece alguns riscos, tais como: invasão de privacidade, ou, sentimentos de discriminação ou estigmatização em virtude de alguma

pergunta que poderemos fazer durante a pesquisa. No entanto, o pesquisador irá te explicar todos os detalhes a fim de minimizar ao máximo estes riscos.

Outros riscos da pesquisa são a divulgação e extravio de dados de caráter pessoal e privado, e a interferência na sua rotina durante as consultas. Para evitar essa situação, nós não iremos solicitar nenhuma informação sobre número de documentos do tipo identidade e CPF; seu nome não será registrado nos questionários; você terá um código de numeração, conhecido apenas por mim e os outros pesquisadores; todas as informações permanecerão de minha pose; nenhuma informação que possa te identificar será usada em e-mail ou qualquer outro tipo de canal de comunicação.

Você poderá sentir algum desconforto para responder determinadas questões. Por isso você terá total liberdade de não responder a qualquer uma das questões; você terá total liberdade de abandonar o estudo quando bem entender, sem dar nenhum tipo de explicação; os questionários a serem utilizados foram utilizados em outras pesquisas com pessoas com o mesmo diagnóstico que o seu.

Esta pesquisa tem alguns benefícios. Ela poderá ajudar a comunidade científica entender melhor os fatores que influenciam a não adesão a terapia antirretroviral, para que os profissionais de toda a Rede de Atenção a Saúde (Unidades Básicas, Hospitais, Serviços Especializados, etc.) possam estruturar estratégias que facilitem a adesão aos medicamentos antirretrovirais, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Ao final da pesquisa, entregaremos a você um relatório sobre os resultados. Por isso eu preciso de um e-mail, ou a melhor maneira para você receber os resultados. Estes resultados também serão apresentados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Universidade do Vale do Itajaí, em Itajaí, e poderão ser publicados em congressos ou artigos científicos. Em qualquer um dos casos e de forma alguma você será identificado ou reconhecido.

Qualquer problema que você tenha, por favor, ligue para mim ou para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do vale do Itajaí.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do vale do Itajaí – UNIVALI, em caso de dúvidas, sugestões e/ou denúncias após os esclarecimentos do pesquisador o Comitê de Ética está disponível para te atender.

Endereço e contato do CEP/UNIVALI - Rua  
Uruguai, n. 458 Centro Itajaí. Bloco F6, andar  
térreo.

Horário de atendimento: Das 8:00 às 12:00 e  
das 13:30 às 17:30 – Telefone: 47- 33417738.

E-mail: [etica@univali.br](mailto:etica@univali.br)

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. O pesquisador garantiu que eu posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Telefone para contato:

---

Pesquisador: Pollyana Bortholazzi Gouvea

Telefone para contato: 47 991252504

Pesquisador principal: Betina Horner S. Meirelles

Telefone para contato: 48 99832953

**ANEXO A - CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (CEAT-VIH)**

**(TRADUZIDO E VALIDADO PARA PORTUGUES)**

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? \_\_\_\_\_ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] \_\_\_\_\_

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?

Qual? \_\_\_\_\_

SIM	NÃO

## **ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DE MUNICÍPIO PRIORITÁRIO

**Pesquisador:** Betina Hörner Schlindwein Meirelles

### **ÁREA TEMÁTICA:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 96353718.8.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.899.706

### **APRESENTAÇÃO DO PROJETO:**

Ainda hoje, a infecção pelo HIV/aids possui características de epidemia e permanece como um problema de saúde pública mundial. Em 2016, existiam 36,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo, sendo que mais da metade (51%) dos casos eram entre pessoas do sexo feminino. No Brasil, dados relacionados a população feminina evidenciam que aproximadamente 84% do total de notificações registradas nos anos de 2007 a 2017 são entre as mulheres na fase reprodutiva. Objetivava-se analisar os fatores intervenientes na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva e Propor um modelo teórico que contribua para a construção, implantação e gestão das linhas de cuidado às mulheres que convivem com HIV/aids, a partir dos significados relacionados a adesão atribuídos pelos sujeitos envolvidos nesse processo. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, a qual é definida pela combinação das abordagens quanti e qualitativa o que possibilita maior compreensão das perguntas de pesquisa. Utilizar-se-á a estratégia sequencial, organizada primeiramente pela coleta de dados quantitativos, seguida pela coleta de dados qualitativos. O momento quantitativo será desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) a pessoas que convivem com HIV/aids, da rede de atenção básica do município de Itajaí/SC, que está entre os sete municípios prioritários de Santa Catarina (ocupando o 5o lugar no ranking). A coleta dos dados quantitativos se dará de duas formas, a primeira por meio de um instrumento estruturado que avalia o grau de adesão e a segunda através da consulta aos prontuários das participantes. Na etapa qualitativa, além das mulheres diagnosticadas com HIV, serão incluídos os profissionais da rede de atenção à saúde do município que prestam atendimento a esta população e, considerando a APS, como ordenadora do

cuidado, além do serviço de atenção especializada, serão incluídas três Unidades Básicas de Saúde do município. A análise dos dados quantitativos ocorrerá por meio de análise estatística e para os dados qualitativos será utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

### **OBJETIVO DA PESQUISA:**

Objetivo Primário:

Analisar os fatores intervenientes na adesão a Terapia Antirretroviral nas mulheres em fase reprodutiva atendidas na Rede de Atenção a Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil;

Objetivo Secundário:

Propor um modelo teórico que contribua para a construção, implantação e gestão da linha de cuidado às mulheres que convivem com HIV/aids, a partir dos significados relacionados a adesão atribuídos pelos sujeitos envolvidos nesse processo.

### **AValiação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa oferece alguns riscos, tais como: invasão de privacidade, ou sentimentos de discriminação ou estigmatização em virtude de alguma pergunta que poderemos fazer durante a pesquisa. No entanto, o pesquisador irá explicar todos os detalhes a fim de minimizar ao máximo estes riscos. Ainda, lembramos que a pesquisadora responsável e seus assistentes atuam há alguns anos com pacientes com diagnóstico positivo para HIV/aids e que todos os pesquisadores assistentes serão capacitados para executar esta pesquisa, visando promover o melhor bem estar e conforto para os pesquisados responderem as questões. Outros riscos da pesquisa são a divulgação e extravio de dados de caráter pessoal e privado, e a interferência na rotina durante as consultas, no caso dos pacientes, ou na rotina de trabalho no caso dos profissionais. Para evitar essa situação, nós não iremos solicitar nenhuma informação sobre número de documentos do tipo identidade e CPF; os nomes não serão registrados nos questionários; todos terão um código de numeração, conhecido apenas pelos pesquisadores; todas as informações permanecerão em posse dos pesquisadores; nenhuma informação que possa identificar os participantes será usada em e-mail ou qualquer outro tipo de canal de comunicação. Os mesmos cuidados valem para as informações que serão coletadas dos prontuários. Será assegurado aos participantes o direito de abandonar o estudo quando bem entender, sem dar nenhum tipo de explicação. Em relação aos profissionais da rede (UBS) e CEREDI, destaca-se também o risco relacionado a interferência na rotina de trabalho. Para isso, os pesquisadores esclarecem que as entrevistas serão agendadas previamente e caso estejam atendendo alguma intercorrência (situação emergencial com um paciente) no momento da entrevista, as pesquisadoras não irão interferir e se retirarão do local, agendando nova entrevista posteriormente e, ainda, caso ocorra alguma situação emergencial durante a entrevista e necessitem de seu auxílio imediatamente, também interromperemos a entrevista e reagendaremos novo horário

Benefícios:

Esta pesquisa tem alguns benefícios. Ela poderá ajudar a comunidade científica entender melhor os

fatores que influenciam a não adesão a terapia antirretroviral, para que os profissionais de toda a Rede de Atenção à Saúde (Unidades Básicas, Hospitais, Serviços Especializados, etc.) possam estruturar estratégias que facilitem a adesão aos medicamentos antirretrovirais, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Ao final da pesquisa, será entregue um relatório sobre os resultados a todos os envolvidos. Estes resultados também serão apresentados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Universidade do Vale do Itajaí, em Itajaí, e poderão ser publicados em congressos ou artigos científicos. Em qualquer um dos casos e de forma alguma os participantes serão identificados ou reconhecidos.

### **COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Trata-se de um projeto de pesquisa para qualificação de tese de doutorado. Os autores adotam a resolução do CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares.

### **CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:**

Apresenta TCLE.

### **RECOMENDAÇÕES:**

Recomendamos inserir no campo benefícios e no TCLE de que os benefícios não se aplicam diretamente ao participante e depois descrever os benefícios indiretos.

### **4 CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:**

Projeto aprovado.

### **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:**

A análise foi realizada com base em todos os documentos apresentados, incluindo o projeto em sua íntegra.

### **6 ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem		Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1171284.pdf	13/08/2018 16:49:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_da_rede.pdf	13/08/2018 16:46:05	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mulheres_atendidas_no_servic.pdf	13/08/2018 16:45:48	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/07/2018 11:06:20	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	ACEITE_ORIENTACAO.pdf	30/06/2018	Pollyana	Aceito

		14:33:55	Bortholazzi Gouvea	
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.pdf	30/06/2018 14:29:55	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DETALHADO.pdf	30/06/2018 14:29:46	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_UTILIZACAO_DADOS.pdf	30/06/2018 14:26:46	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DORES.pdf	30/06/2018 14:26:34	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	ROTEIRO_PROFSSIONAIS_SERVICO _ESPECIALIZADO.pdf	30/06/2018 14:25:59	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	ROTEIRO_MULHERES_COM_HIV.pdf	30/06/2018 14:25:47	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	ROTEIRO_PROFSSIONAIS_UNIDAD ES_BASICAS_DE_SAUDE.pdf	30/06/2018 14:25:36	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	Instrumento1_coleta_de_dados_etapa_q uantitativa.pdf	30/06/2018 14:25:17	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Outros	Instrumento2_coleta_de_dados_etapa_q uantitativa.pdf	30/06/2018 14:25:03	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	30/06/2018 14:24:22	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/06/2018 14:22:57	Pollyana Bortholazzi Gouvea	Aceito

### 7SITUAÇÃO DO PARECER:

AprovadoNecessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 17 de  
Setembro de 2018

Assinado por:

**Nelson Canzian da Silva**  
(Coordenador)