

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**SUELEN GOULART**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO ANTI-RETROVIRAL  
POR PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**SUELEN GOULART**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO ANTI-RETROVIRAL  
POR PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

G694a Goulart, Suelen

Adesão ao regime terapêutico antirretroviral por pessoas com HIV/Aids em um serviço de referência [dissertação] / Suelen Goulart ; orientadora, Betina Hörner Schlindwein Meirelles. - Florianópolis : 2011.

133 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Adesão. 3. HIV (Virus). I. Meirelles, Betina Hörner Schlindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**SUELEN GOULART**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO ANTI-RETROVIRAL  
POR PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 25 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

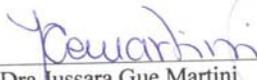


\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

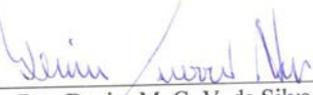
**Banca Examinadora:**



\_\_\_\_\_  
Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Presidente



\_\_\_\_\_  
Dra. Jussara Gue Martini  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Denise M. G. V. da Silva  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Ter a oportunidade de agradecer assim publicamente é realmente um privilégio embora todos os dias eu agradeça tudo que recebo da vida (muito mais do que necessito, confesso). Essa oportunidade de agradecer me remete ao passado, ou melhor, ao início, e lembro de uma cidadezinha chamada Urubici, e de um casal que ainda mora lá... E que hoje está aqui. Estão aqui porque, não diferente do início, sempre fizeram de cada momento meu um momento especial.

É... agradecer se torna algo difícil...

Principalmente quando tantos fazem parte da história...

Então meu agradecimento vai ser único, e ele será dedicado a Deus, o meu Deus!

E agradeço a ele pelos **melhores amigos... Pela melhor família, pelos melhores pais...** O Senhor me ensinou que onde estiver o meu tesouro ali estará meu coração. Obrigada por me permitir ver que **eles são o meu tesouro...** Obrigada por me perdoar, proteger e guiar...

E enquanto sonhamos com um mundo sem doenças, obrigada por ter me ensinado a acreditar na sua promessa... *“De um tempo em que não haverá mais morte, nem pranto, nem clamor, nem dor...”* (Rev: 21:4)



GOULART, Suelen. **Adesão ao regime terapêutico antirretroviral por pessoas com HIV/Aids em um serviço de referência.** 2011. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

**Introdução:** Com o advento da terapia antirretroviral altamente eficaz, efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis, observou-se um profundo impacto na história natural da infecção pelo HIV e da Aids. Contudo, regimes terapêuticos muito exigentes e efeitos adversos provocados por essa terapia surgem dificultando a adesão ao regime terapêutico. A não-aderência aos novos medicamentos para a Aids tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de vírus-resistência, no plano coletivo. Uma avaliação precisa da adesão é fundamental para um adequado planejamento do tratamento. **Objetivos:** Descrever a adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids em um serviço público estadual de referência em infectologia. **Sujeitos e Métodos:** trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com amostra não probabilística, realizado com 172 pessoas fazendo uso de terapia antirretroviral a mais de 3 meses, atendidas no ambulatório de um serviço de referência estadual em Infectologia, que responderam ao “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, que é um instrumento auto-informe, com 20 perguntas, que em seu conjunto avalia a adesão ao tratamento antirretroviral. A coleta de dados foi de julho a dezembro de 2010. A adesão foi medida por meio do questionário CEAT-VIH e os demais dados analisados por meio das médias, desvio-padrão e/ou mediana O nível de significância assumido foi de 5%. Aplicou-se o teste T de Student, o teste de qui-quadrado e o teste Exato de Fisher. Para avaliar a significância, calculou-se o intervalo de confiança do *Odds Ratio* (OR). **Resultados:** A maioria da amostra apresentou escore de adesão baixa (62,2%) ou irregular (28,5%). A adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids está associada às variáveis psicossociais e

demográficas. Foram observadas associações significativas com o sexo ( $p = 0.0026$ ), com a escolaridade ( $p = 0.0094$ ), com a presença de outras doenças ( $p = 0.0213$ ) e a adesão. Observou-se uma chance 3,34 vezes maior (IC :1,11 a 10,07) de homens não aderirem ao tratamento do que mulheres. Na escolaridade, pessoas com segundo grau possuem 71% menos chance ( $1 - 0,29$ ) de adesão irregular do que as com primeiro grau. Houve também associação significativa entre a forma que o paciente adquiriu o HIV e a adesão  $P = 0.0283$ . Observou-se a maior taxa de não-adesão em pessoas que usaram drogas injetáveis (93,8%). As variáveis clínicas como carga viral e células CD4 não apresentaram associação significativa com a não-adesão. Apenas 37,3% da amostra relatou ter recebido algum tipo de informação sobre sua condição de saúde. **Considerações finais:** A compreensão de aspectos associados a adesão é o primeiro passo para o seu manejo e superação. A adesão ao tratamento das pessoas com HIV/Aids encontrada no estudo foi insatisfatória, como baixa e irregular, trazendo alguns questionamentos quanto a novas estratégias de intervenção com esses pacientes. A adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids está associada às variáveis psicossociais e demográficas, como sexo, escolaridade e forma que adquiriu a infecção. Há importância do reconhecimento desta associação na indicação de tratamento ARV, com avaliação criteriosa dos profissionais de saúde frente as condutas a serem adotadas para uma maior adesão. O acesso ao serviço e a informação adequada podem garantir um atendimento de qualidade, com profissionais capacitados e disponíveis, considerando que a relação dialógica entre profissional e pessoa sob seus cuidados jamais poderá ser substituída.

**Descritores:** adesão; HIV; terapia antirretroviral; enfermagem

GOULART, Suelen. **La adherencia al tratamiento antirretroviral para las personas con VIH / SIDA en un servicio de referencia.** 2011. 133 p. Disertación (Mestrado en Enfermería) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

## RESUMEN

**Introducción:** Con el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente eficaz, efectiva en la reducción de la carga viral plasmática de RNA-VIH-1 para niveles indetectables, se observó un profundo impacto en la historia natural de la infección por el VIH y del SIDA. Con todo, regímenes terapéuticos muy exigentes y efectos adversos provocados por esa terapia surgen dificultando la adhesión al régimen terapéutico. La no adhesión a los nuevos medicamentos para el SIDA ha sido considerada como uno de los más amenazadores peligros para la efectividad del tratamiento, en el plano individual, y para la diseminación de la resistencia al virus, en el plano colectivo. Una evaluación precisa de la adhesión es fundamental para un adecuado planeamiento del tratamiento. **Objetivos:** Describir la adhesión al tratamiento antirretroviral por personas con VIH/SIDA en un servicio público estadual de referencia en infectología. **Sujetos y Métodos:** se trata de un estudio transversal retrospectivo, con muestra no probabilística, realizado con 172 personas haciendo uso de terapia antirretroviral por más de 3 meses, atendidas en el ambulatorio de un servicio de referencia estadual en Infectología, que respondieron al “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, que es un instrumento auto-informe, con 20 preguntas, que en su conjunto evalúa la adhesión al tratamiento antirretroviral. La recolección de datos fue de julio a diciembre de 2010. La adhesión fue medida a través del cuestionario CEAT-VIH y los demás datos analizados por medio de los promedios, desvío-patrón y/o media. El nivel de significancia asumido fue de 5%. Se aplicó el test T de Student, el test de chi-cuadrado y el test Exacto de Fisher. Para evaluar la significancia, se calculó el intervalo de confianza del *Odds Ratio* (OR). **Resultados:** La mayoría de la muestra presentó apoyo de adhesión bajo (62,2%) o irregular (28,5%). La adhesión al tratamiento antirretroviral por personas con VIH/SIDA está asociada a las variables psicosociales y demográficas. Fueron observadas asociaciones significativas con el sexo ( $p = 0.0026$ ), con la escolaridad ( $p = 0.0094$ ), con la presencia de otras dolencias ( $p = 0.0213$ ) y la adhesión. Se

observó una chance 3,34 veces mayor (IC :1,11 a 10,07) de los hombres no adherir al tratamiento de que en las mujeres. En la escolaridad, personas con segundo grado poseen 71% menos chance (1 – 0,29) de adhesión irregular de que las con primer grado. Hubo también una asociación significativa entre la forma que el paciente adquirió el HIV y la adhesión  $P = 0.0283$ . Se observó la mayor tasa de no-adhesión en personas que usaron drogas inyectables (93,8%). Las variables clínicas como carga viral y células CD4 no presentaron una asociación significativa con la no adhesión. Apenas 37,3% de la muestra relató haber recibido algún tipo de información sobre su condición de salud.

**Consideraciones finales:** La comprensión de aspectos asociados a la adhesión es el primer paso para su manejo y superación. La adhesión al tratamiento de las personas con VIH/SIDA encontrada en el estudio fue insatisfactoria, como baja e irregular, trayendo algunos cuestionamientos en cuanto a nuevas estrategias de intervención con estos pacientes. La adhesión al tratamiento antirretroviral por personas con VIH/SIDA está asociada las variables psicosociales y demográficas, como sexo, escolaridad y la forma que adquirió la infección. Existe importancia en el reconocimiento de esta asociación para la indicación del tratamiento ARV, con evaluación juiciosa de los profesionales de salud frente a las conductas a ser adoptadas para una mayor adhesión. El acceso al servicio y a la información adecuada puede garantizar una atención de calidad, con profesionales capacitados y disponibles, considerando que la relación dialógica entre profesional y la persona bajo sus cuidados jamás podrá ser substituida.

**Descriptores:** adhesión; VIH; terapia antirretroviral; enfermería

GOULART, Suelen. **Adherence to antirretroviral regime treatment by people with HIV/aids in a department of reference**. 2011. 133 p. Dissertation (Nursing Master Degree) Nursing Post Graduation Programme, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis, 2011.

## ABSTRACT

**Introduction:** With the advent of the highly effective antiretroviral therapy, which is effective in reducing plasma viral load of HIV-1 RNA to undetectable levels, a profound impact on the natural history of HIV infection and AIDS has been observed. However, very demanding drug regimens and adverse effects caused by this therapy appear making the adherence to the therapeutic regime difficult. Non-adherence to new medicines for AIDS has been regarded as one of the most threatening dangers to the effectiveness of treatment, at the individual level, and the spread of virus-resistance, at the collective level. An accurate assessment of adherence is essential for an adequate treatment planning.

**Objectives:** To describe adherence to antiretroviral treatment for people with HIV/AIDS in a state public service that has been set as a benchmark in infectology. **Subjects and Methods:** This is a retrospective cross-sectional study, with non-probability samples conducted with 172 people making use of antiretroviral therapy for more than three months, treated in an outpatient state service, benchmark in infectology who responded to the "*Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment*", CEAT-HIV, which is a self-report instrument with 20 questions, and as a whole, assesses adherence to antiretroviral therapy. Data collection was from July to December 2010. Adherence was measured through the questionnaire CEAT-HIV and other data were analyzed using the mean, standard deviation and/or median. The level of significance assumed was 5%. The tests applied were the Student's t test, chi-squared test and Fisher's exact test. To assess significance, the confidence interval of Odds Ratio (OR) was calculated. **Results:** Most of the samples had low adherence score (62.2%) or irregular (28.5%). Adherence to antiretroviral treatment by people with HIV/AIDS is associated with psychosocial and demographic variables. Significant associations with sex ( $p = 0.0026$ ), with education ( $p = 0.0094$ ), with the presence of other diseases ( $p = 0.0213$ ) and adherence were observed. There was a chance 3.34 times higher (CI: 1.11 to 10.07) of men not adhering to treatment than women. In education, people with high school levels are 71% less

likely (1 - 0.29) of irregular adherence than those with primary school levels. There was also a significant association between the way that the patient acquired HIV and adherence  $P = 0.0283$ . It was also observed the highest rate of non-adherence in people who injected drugs (93.8%). Clinical variables such as viral load and CD4 were not significantly associated with nonadherence to treatment. Only 37.3% of the samples reported having received some information about their health condition.

**Final Considerations:** The understanding of issues associated with adherence is the first step to manage and accept it. Adherence to treatment for people with HIV/AIDS found in the study was unsatisfactory, low and irregular, bringing some questions about new strategies for intervention with these patients. Adherence to antiretroviral treatment for people with HIV/AIDS is associated with psychosocial and demographic variables such as gender, schooling and how the infection was acquired. There is recognition of the importance of this association in the indication for ARV treatment, with careful assessment by health professionals against the measures to be taken for a larger adherence to treatment. Access to appropriate information and services can ensure a quality service, with availability of trained professionals, taking into consideration that the dialogical relationship between professionals and a person under their care can never be replaced.

**Keywords:** adhesion; HIV, antiretroviral therapy, nursing

## LISTA DE ABREVIATURAS

3TC: Lamivudina  
ARV antirretroviral  
AZT : zidovudina  
CEAT-VIH: Cuestionario para La Evaluación de Lá Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.  
DNA: Ácido Desoxirribonucleico  
EFZ: efavirenz  
HIV: Vírus da Imunodeficiência adquirida  
HTLV: Human T-cell lymphotropic  
I NVP: Nevirapina  
IP: inibidor de protease  
ITRN: Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídios  
LAV: Lymphade-nopathy associated vírus  
LPV/r : Lopinavir + Ritonavir  
NUCRON: Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às pessoas com Doenças Crônicas  
PEN: Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
RNA: Ácido Ribonucleico  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TARV : terapia antirretroviral  
TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido.  
TDF: Tenofovir  
TRNN: Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo  
UFSC : Universidade Federal de Santa Catarina  
UNAIDS: *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos com HIV/Aids segundo as características socioeconômicas e demográficas, Florianópolis, 2010.. 54

**Tabela 2** – Distribuição das pessoas com HIV/Aids, segundo categorização do escore de adesão. Florianópolis, 2010. .... 55

**Tabela 3** - Distribuição da Associação de características socioeconômicas e demográficas das pessoas com HIV/Aids com a adesão ao tratamento ..... 56

### ARTIGO 2

**Tabela 1** - Associação de alguns aspectos clínicos e de acesso ao atendimento das pessoas com HIV/Aids com a adesão ao tratamento, Florianópolis, 2010..... 69

**Tabela 2** - Associação do acesso à informação das pessoas com HIV/Aids com a adesão ao tratamento ..... 71



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1 AIDS: DO SURGIMENTO DA DOENÇA AO TRATAMENTO ..	25
1.2 ADEÇÃO AO TRATAMENTO E SUAS INTER-RELAÇÕES ...	30
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	37
3.2 LOCAL .....	37
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	38
3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS .....	39
3.5 VARIÁVEIS .....	40
3.6 COLETA DE DADOS .....	42
<b>3.6.1 Instrumento para avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral.....</b>	<b>42</b>
3.7 ANÁLISE DE DADOS .....	44
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	45
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1 ARTIGO 1 : ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA .....	47
4.2 ARTIGO 2: A ADEÇÃO AUTORREFERIDA A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E O ACESSO À INFORMAÇÃO E AO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM HIV/AIDS .....	63
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A não-adesão a terapia antirretroviral (TARV) por pessoas com HIV/Aids (Vírus da Imundeficiência Adquirida) é um grande problema de saúde pública visto que a concentração sub-terapêutica dos antirretrovíricos promove o desenvolvimento de sub-espécies e conduz a resistências cruzadas de classes terapêuticas, limitando as opções de tratamento futuros (SETHI, 2003; KIMBERLIN, 2005). Em vista disso, a dissertação que segue abordará o tema adesão a terapia antirretroviral por pacientes com HIV/Aids, seus conceitos, práticas e os resultados da medida de adesão em Florianópolis.

Em 2009, aproximadamente 33,3 milhões de pessoas viviam com HIV. Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e quase 30 milhões morreram de causas relacionadas ao HIV. Para cada pessoa que inicia o tratamento, há duas novas infecções pelo HIV (UNAIDS 2010).

No Brasil dados do Boletim Epidemiológico AIDS, atualizado até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos de Aids registrados desde 1980. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de Aids por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença. Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos – 1999 a 2009 – a taxa de incidência no Sudeste caiu (de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes). Nas outras regiões, cresceu: de 22,6 para 32,4 no Sul; de 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; de 6,4 para 13,9 no Nordeste; e, de 6,7 para 20,1 no Norte. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados (58%) está concentrado na região Sudeste do país (BRASIL, 2010).

Em Santa Catarina, desde o primeiro caso notificado, em 1984, até junho de 2010, o número de casos de Aids totaliza 28.727. O número de óbitos desde o início da epidemia foi de 8.231 mortos por Aids. Santa Catarina aparece como o terceiro estado na taxa de incidência de casos de Aids notificados. Florianópolis é a segunda capital do país em taxa de incidência de casos de Aids (BRASIL, 2010).

Desde 1986, com o desenvolvimento da zidovudina (AZT), os medicamentos antirretrovirais (ARV) são utilizados no tratamento da Aids. Os primeiros antirretrovirais permitiam benefícios temporários, em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica e os efeitos limitados sobre a redução da carga viral. Em 1996, com o advento de novas classes de ARV- inibidores de proteases e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos – foi possível

diminuir os índices de morbidade e mortalidade por Aids. Essa terapia antirretroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART) alcançou êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV por ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA- HIV-1 para níveis indetectáveis. (BAER; ROBERTS, 2002; GUARINIERI; 2002; WU; AMMASSARI; ANTINORI, 2002).

Desde o início da epidemia até os dias de hoje, muito se fez para proporcionar melhor qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids. A distribuição universal de medicamentos, iniciada em 1991 no Estado de São Paulo com o AZT e em 1996, quando o governo brasileiro sancionou a lei número 9.313 dispondo sobre a obrigação do Estado em distribuir de forma universal e gratuita os medicamentos antirretrovirais aos portadores de HIV/Aids em todo o Brasil, marca um importante diferencial (e referencial) da política pública brasileira de assistência em relação à maioria dos países afetados. O Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar a política de distribuição gratuita e universal de medicação antirretroviral. (BRASIL, 1996; TEIXEIRA et al, 2000).

Foi também a partir do surgimento da terapia ARV que a *World Health Organization* (WHO) - Organização Mundial da Saúde passou a incluir a Aids na categoria das “condições crônicas”, enquanto doença tratável e clinicamente “manejável” (WHO, 2009). A Aids deixou, então, de ser concebida, em termos biomédicos, como uma doença aguda e passou a ser classificada como crônica (ALENCAR et al, 2008).

Salientando que, o conceito de condição crônica, segundo Freitas e Mendes (2007) é definido como algo complexo, contínuo, permanente e que requer estratégias necessárias para mudança de estilo de vida. É caracterizada também por longa duração e necessita de um preparo mental para adaptação envolvendo precauções com estratégias para lidar com os sintomas e enfrentar as mudanças no estilo de vida, relações familiares e sociais exige contínua e concomitante ação de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação (FREITAS; MENDES, 2007). Isto traz outros desafios e necessidade de organização dos serviços, considerando o cuidado contínuo e a aderência das pessoas com HIV/Aids às orientações terapêuticas.

Assim, apesar dos incontestáveis benefícios da TARV no tratamento da Aids, pesquisadores, profissionais de saúde, representantes do governo e de organizações não governamentais reunidos na XI Conferência Internacional de Aids, realizada em Vancouver, Canadá, em 1996, já tinham como consenso que esses benefícios só seriam alcançados pela adesão ao tratamento

(ADHERENCE, 1997).

O emprego de medicações antirretrovirais propicia o desenvolvimento de efeitos adversos, alterando o paradigma da Aids e colocando em contato com esta população outros profissionais da área como cardiologistas e endocrinologistas. Logo na medida em que aumenta a expectativa de vida destes indivíduos, a comunidade científica se depara com a instalação de outras co-morbidades que, a longo prazo, podem apresentar impacto na qualidade de vida e na mortalidade dos pacientes. (COLOMBRINI et al, 2006; VALENTE, 2005).

Apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas, entre elas a adesão do paciente ao seu tratamento (FIGUEIREDO et al., 2001). A infecção pelo HIV/Aids não é a primeira doença crônica com uma grande prevalência de não adesão, mas é a primeira em que a adesão está diretamente relacionada com resultados imunológicos, virológicos e clínicos negativos (SOUZA, 2005).

Os potenciais benefícios da terapia antirretroviral nos doentes com HIV/Aids não estão sendo aproveitadas na íntegra devido a dificuldades de adesão a regimes terapêuticos muito exigentes e que ainda trazem efeitos colaterais a alguns de seus usuários. Os resultados da investigação de Byrne (2002) e Murphy (2003) demonstram que a adesão é influenciada pela complexidade do regime prescrito, pela palatabilidade dos medicamentos, pelos efeitos secundários que causam (alterações corporais, como a distribuição corporal de gorduras), problemas de revelação do diagnóstico, relacionamentos problemáticos, condições sociais difíceis, uso de drogas ilegais, o sistema de crenças familiar, angústia psicológica, depressão, dificuldades com as rotinas diárias e percepção da família sobre o valor da medicação.

Segundo Teixeira et al (2000), a não-aderência aos novos medicamentos para a Aids (antirretrovirais em geral – ARV – e inibidores da protease – IP – em particular) tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de vírus-resistência, no plano coletivo. Isto porque os novos regimes terapêuticos para Aids parecem exigir do “aderente” integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado em saúde. A questão da aderência no Brasil é especialmente importante, assumindo contornos sociais e políticos muito evidentes. Portanto, entender a problemática da aderência aos ARV e, especialmente, os contornos específicos que ela assume em

nosso país é uma tarefa urgente.

Sendo assim, uma avaliação precisa da adesão é fundamental para um adequado planejamento do tratamento e controle da doença. Diante disso, a questão norteadora desta pesquisa é: Qual é a adesão ao regime terapêutico de pessoas com HIV/Aids fazendo uso de terapia antirretroviral em um serviço de referência em infectologia, em Santa Catarina?

Pesquisas que permitam uma melhor compreensão do fenômeno, investigando a influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam a adesão à TARV (SEIDL, 2007). Embora a política de acesso universal e gratuito aos antirretrovirais no Brasil seja reconhecida internacionalmente, ainda há carência de estudos publicados que avaliem a eficácia das estratégias implementadas para garantir uma adequada adesão ao tratamento ou melhorá-las (NEMES 2004; CASTRO 2004), bem como identificar populações com maior fragilidade na adesão ao tratamento.

A adesão é a principal variável na qual os serviços de saúde podem intervir, não só para aumentar a eficácia da medicação, mas também para diminuir a chance do surgimento de resistência do HIV às drogas antirretrovirais. Ou seja, saber como trabalhar a questão da adesão é uma peça-chave para o maior ou menor sucesso da política nacional de distribuição de medicamentos para portadores de HIV/Aids. Encontrar estratégias que promovam a adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos é contribuir, no âmbito da saúde, para a efetivação do processo de construção e exercício da cidadania (TEIXEIRA et al, 2000).

Esta proposta de pesquisa acerca da adesão do tratamento antirretroviral de pessoas com HIV/Aids faz parte do macroprojeto de pesquisa intitulado: “O cuidado a pessoas em condições crônicas de saúde na perspectiva da promoção da saúde”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência de Enfermagem e Saúde a pessoas com Doenças Crônicas – NUCRON, do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC – PEN/UFSC, do qual sou integrante há 2 anos e que desde 1987 tem realizado estudos enfocando os diferentes aspectos de viver e do cuidado em condições crônicas.

## 1.1 AIDS: DO SURGIMENTO DA DOENÇA AO TRATAMENTO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) explodiu por meio de uma verdadeira pandemia, deixando surpresa toda a classe médica, espalhando pânico entre os pacientes, criando dúvidas e temores. Tornou-se amplo o campo das discussões a propósito dos valores sociais daquele momento histórico, causou impactos psicológico, social e econômicos proporcionais aos preconceitos que envolvem moral, amor, sexo, sangue e morte (BASÍLICO, 1997).

A impressão dos especialistas que lidaram com os primeiros pacientes, nos dois ou três anos de conhecimento de síndrome, foi de que se tratava de verdadeira peste com falência múltipla dos sistemas orgânicos e extrema queda imunológica. Em sua maioria, os casos eram muito graves, de instalação rápida, com quadro infeccioso e evoluindo para óbito após curta evolução, sendo observados em muitas regiões ao mesmo tempo. Essa cadeia de fatos clínicos, de causa desconhecida até então e com algumas conexões epidemiológicas, não deixava pensar de outra maneira: tratar-se-ia de legítima epidemia, como tantas outras que assolaram o mundo em diferentes épocas (BASÍLICO, 2004).

A descoberta do fator etiológico escreveu um capítulo à parte na história da Aids, a observação dos pesquisadores intensificou-se na procura de um agente infeccioso que fosse transmitido pelo contato sexual, uso de drogas venosas e por transfusão de sangue e seus derivados (JEFFRIES, 1986).

Dois pesquisadores renomados passaram a investir na pesquisa do agente etiológico: Robert Gallo, um dos maiores retrovirologistas americanos, e Luc Montaigner no Instituto Pasteur, na França. A equipe francesa decidiu investigar o paciente na fase inicial da doença. Propuseram a pesquisa do vírus em paciente homossexual que não apresentava sintomas de desenvolvimento da Aids, mas era portador de adenomegalias persistentes. Assim os linfócitos contidos em biópsia de linfonodos foram cultivados. No início de janeiro de 1983, duas semanas após o início da cultura, detectaram a enzima transcriptase reversa, característica dos retrovírus. Em seguida, visualizaram em microscópio eletrônico a estrutura hoje conhecida como vírus da imunodeficiência humana, denominando-o de LAV (*Lymphadenopathy associated virus*) (BARRÉ-SINOUSI, 1983).

Os pesquisadores americanos discordaram das descobertas francesas e continuaram as pesquisas, partindo da possível relação com um vírus variante do HTLV, o qual havia sido descrito anteriormente

pela mesma equipe de pesquisadores. Em 1984 revelaram seus resultados descrevendo como agente etiológico o HTLV- III (*Human T-cell lymphotropic vírus, type III*) de nítido tropismo e efeito citopatogênico para os linfócitos T (GALLO, 1984).

Os dois vírus descritos (LAV/HTLV-III) passaram a ter reconhecida a mesma identidade viral. Em 1986, o *International Committee on the Taxonomy Viruses* criou uma nomenclatura unificante e o agente etiológico da Aids foi rebatizado como HIV (*Human immunodeficiency virus*) (LACAZ, 1990).

Depois de muitas discussões judiciais, a equipe francesa foi considerada a verdadeira descobridora do agente etiológico do vírus, pois, demonstraram de maneira a não deixar dúvidas, que o vírus não pertencia ao grupo dos HTLV. Fato que foi finalmente reconhecido por Washington em julho de 1994 (BASÍLICO, 2004).

O HIV é um membro do gênero *Lentivirus* da família *Retroviridae* e compreende os tipos HIV-1 e HIV-2. Esses vírus possuem notável capacidade de mutar e se adaptar às novas condições do ambiente humano. Uma grande incidência de erros ao nível transcricional do genoma resulta em alterações nas bases genéticas durante o ciclo reprodutivo. A elevada variabilidade genômica do HIV apresenta importantes implicações para o diagnóstico, tratamento e prevenção, bem como nas investigações epidemiológicas (REQUEJO, 2006). O HIV é transmitido por relações sexuais, contato com sangue contaminado e por exposição perinatal. Para infectar as células do sistema imune, o HIV necessita ligar-se a receptores e coreceptores presentes nas membranas das células-alvo (OLIVEIRA, 2004).

As infecções causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar-se desde formas assintomáticas até um conjunto de manifestações clínicas que caracterizam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. É freqüente observar a queda da imunidade do indivíduo, que passa a apresentar mínimas condições de defesa orgânica, quase sem resposta celular efetiva, com predisposição ao desenvolvimento de infecções oportunistas e de condição neoplásica. No que diz respeito à Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), caracteriza-se pelo comprometimento do sistema imunológico e de outros órgãos, com o aparecimento de múltiplos agentes oportunistas e de neoplasias, principalmente o sarcoma de Kaposi (SK) e os linfomas não-Hodgkin (OLIVEIRA 2004).

Estruturalmente, o HIV constitui-se de partícula icosaédrica, composta de um envelope fosfolipídico, onde estão inseridas proteínas virais e da célula hospedeira, incluindo as duas principais glicoproteínas,

a gp120 e gp41. Apresenta enzimas que serão fundamentais em seu processo de replicação, em especial a transcriptase reversa e a protease. É através da inibição dessas enzimas virais que agem algumas drogas antirretrovirais. O principal objetivo da terapia antirretroviral é combater o vírus, evitar as doenças oportunistas e fortalecer o sistema imunológico (VALENTE, 2005).

Segundo o Relatório mundial da epidemia de Aids (UNAIDS, 2010), no ano de 2009, 5,2 milhões de pessoas em países de rendas baixa e média tiveram acesso ao tratamento antirretroviral, no entanto, ainda há 10 milhões de pessoas que precisam de tratamento e não têm acesso.

Em 2008, cerca de 200 mil pessoas infectadas pelo HIV estavam em tratamento com medicações antiretrovirais no Brasil (BRASIL, 2008a). Na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, e onde se encontra o maior número de casos de Aids, existem hoje mais de 2.000 pessoas fazendo uso de ARV, segundo dados da Policlínica de Referência Municipal, responsável pela dispensação de ARV (METTRAU, 2009). Entretanto, a grande dificuldade para obter uma adequada efetividade do tratamento é o de assegurar uma boa adesão do paciente ao esquema prescrito de antirretroviral (ARV), evitando-se assim a falência do tratamento pela utilização de doses subótimas ou de forma irregular. (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2006).

Segundo a UNAIDS (2008), as intervenções terapêuticas às pessoas que vivem com HIV/Aids dividem-se em: - Assistência paliativa e apoio social para alívio dos sintomas, suporte às necessidades nutricionais e de assistência social, apoio psicológico e ajuda para enfrentar o estigma social; - Diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas e doenças relacionadas ao HIV; - Tratamento com fármacos ARVs. No Brasil, os pacientes que estão em tratamento com os ARV têm a sua disposição 16 tipos de antirretrovirais mais a talidomida 100mg, distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses medicamentos retardam o desenvolvimento da Aids e possibilitam maior qualidade de vida ao portador do vírus. Agem na redução da carga viral e na reconstituição do sistema imunológico (BRASIL, 2008c).

Para entender a ação das drogas ARV é importante conhecer as fases do ciclo vital do HIV no organismo humano, que levam a sua replicação. O HIV tem afinidade pelos linfócitos e, ao entrar no organismo humano, através de suas glicoproteínas de superfície, adere à célula hospedeira e introduz seu material genético no citoplasma da célula. A enzima viral transcriptase reversa transforma a dupla fita de RNA viral em DNA pró-viral, que migra até o núcleo da célula

hospedeira unindo-se ao seu material genético. Ocorre o processo de transcrição, pelo qual se formam novas moléculas de RNA viral, as quais migram até o citoplasma e, por ação da enzima viral – a protease – se unem aos demais componentes virais, havendo a formação de um novo HIV. Desta forma, as drogas da classe dos inibidores da transcriptase (análogos de nucleosídeos – NRTI – ou não análogos de nucleosídeos – NNRTI) inibem a primeira fase da replicação viral através da inibição da enzima viral transcriptase reversa. As drogas da classe dos inibidores da protease impedem a ocorrência da última fase da replicação viral por inibirem a enzima viral protease (VALENTE, 2005).

Assim, os ARV podem ser subdivididos em classes: Inibidores da transcriptase reversa, Antirretrovirais análogos aos nucleosídeos, Antirretrovirais não-análogos aos nucleosídeos, Antirretrovirais inibidores da protease. Hoje já existem no mercado drogas antirretrovirais inibidoras da fusão e da enzima integrase (BRASIL, 2008c).

As atuais TARV têm um esquema de administração de doses bastante complexo, dividindo-se em duas a três doses ao dia, podendo ainda, interferir no regime alimentar. A grande quantidade de comprimidos ou cápsulas, utilizados por tempo indeterminado, dificulta sobremaneira a adesão do paciente ao tratamento a longo prazo. Alguns comprimidos precisam ser ingeridos em jejum, outros após a alimentação e, em caso de infecções associadas, em que são necessárias terapias combinadas, o aumento da quantidade de comprimidos pode trazer dificuldade na compreensão das doses (MACHADO 1998).

Segundo as recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV publicado em 2008 a terapia inicial deve sempre incluir combinações de três drogas: dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN) ou a um Inibidor da Protease reforçado com ritonavir (IP/r).

Em Florianópolis, todas as pessoas que fazem uso de TARV retiram suas medicações na Policlínica de Referência, no centro da cidade e, segundo estudo realizado por Souza, Pereira e Medeiros (2009), o esquema terapêutico mais utilizado é a combinação de zidovudina + lamivudina (ATC) e efavirenz (EFZ), representando 27% do total de esquemas analisados. Esse, assim como os outros quatro esquemas mais utilizados – ATC+ LPV/r (Lopinavir + Ritonavir) 10,32%; 3TC (Lamivudina) + LPV/r + TDF (Tenofovir) 10,07% ; 3TC + EFZ + TDF 7,9%; e ATC + NVP (Nevirapina) 4,28% – são

combinações de medicamentos conhecidos como de 1ª linha, que são altamente efetivos em reduzir a resistência viral e melhorar os resultados clínicos (WHO, 2003). Nessas drogas existem fórmulas em combinação, que permitem reduzir o número de comprimidos e aumentar a aderência do paciente (CAMPANELLA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), existem atualmente disponíveis 19 medicamentos antirretrovirais divididos em cinco tipos.

1. Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa – que atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.

São eles: Zidovudina, Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina e Tenofovir. 2. Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. São eles: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina. 3. Inibidores de Protease – atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV. São eles: Amprenavir, Atazanavir, Darunavir, Indinavir, Lopinavir/r, Nelfinavir, Ritonavir e Saquinavir. 4. Inibidores de fusão – impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir. É a Enfuvirtida. 5. Inibidores da Integrase – que bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (código genético da célula). Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células. É o Raltegravir.

O uso dos medicamentos antirretrovirais traz consigo alguns efeitos colaterais. Entre os mais frequentes encontram-se: diarreia, vômitos, náuseas, rash cutâneo, agitação, insônia e sonhos vívidos. Há pessoas que não sentem mal-estar. Isso pode estar relacionado com características pessoais, estilo e hábitos de vida, mas não significa que o tratamento não está dando certo. Alguns desses sintomas ocorrem no início do tratamento e tendem a desaparecer em poucos dias ou semanas. Além dos efeitos colaterais temporários, os pacientes podem sofrer com alterações que ocorrem a longo prazo, resultantes da ação do HIV, somados aos efeitos tóxicos provocados pelos medicamentos. Os coquetéis antiaids podem causar danos aos rins, fígado, ossos, estômago e intestino, neuropsiquiátricas. Além disso, podem modificar o metabolismo, provocando lipodistrofia, diabetes, entre outras doenças (BRASIL, 2011).

Para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral, monitora-se a evolução da contagem de linfócitos T-CD4+ (LT- CD4+) e a quantificação plasmática da carga viral do

HIV. A contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> é utilizada internacionalmente como marcador do estado imunológico dos indivíduos (BRASIL, 2008c).

O principal objetivo da terapia antirretroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada. Entretanto, a evolução natural da infecção pelo HIV caracteriza-se por intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, que resulta, principalmente, na destruição e/ou disfunção de linfócitos T que expressam o antígeno de membrana CD4 (linfócitos T-CD4<sup>+</sup>) e de outras células do sistema imune. A depleção progressiva dos linfócitos T-CD4<sup>+</sup>, em conjunto com outras alterações quantitativas e qualitativas do sistema imune, leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave manifesta-se por meio das infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2009).

O tratamento antirretroviral continua sendo indicado para todos os infectados pelo HIV, sintomáticos ou assintomáticos com CD4 < 200/mm<sup>3</sup>. Quando o paciente assintomático apresentar CD4 = 200-350/mm<sup>3</sup>, o início da terapia antirretroviral deverá ser considerado conforme a evolução imunológica, virológica (carga viral), motivação e capacidade de adesão terapêutica, além de comorbidades (HINRICHSEN, 2005).

A terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente. A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três drogas: dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN) ou a um Inibidor de Protease reforçado com ritonavir (IP/r). Os regimes terapêuticos muito exigentes e efeitos adversos como náuseas, cefaléia, alterações no paladar, mas estar, insônia entre outros provocados por essa terapia são fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico (BRASIL, 2006).

## 1.2 ADESÃO AO TRATAMENTO E SUAS INTER-RELAÇÕES

Segundo Remor (2009), estudos têm sido realizados com o objetivo de responder por que determinadas pessoas em situações de enfermidade têm dificuldades em cumprir o tratamento médico

prescrito. Os resultados encontrados apontam uma complexa interação entre as variáveis sociodemográficas, psicológicas, características do tratamento, relação médico paciente, tempo de duração da enfermidade e grau de comprometimento da saúde do indivíduo.

A WHO (2003) elencou alguns fatores associados a não adesão a TARV por pacientes HIV/Aids. Entre os fatores socioeconômicos incluem-se: baixa renda, falta de suporte social, homens afro-americanos, estresse da mãe ao cuidar de crianças. Nos cuidados da equipe de saúde, dentre os fatores de não adesão relacionados com o sistema de saúde, estão: a falta de instrução clara por parte dos profissionais de saúde e falta de intervenção educacional. Nos fatores associados à própria condição estão: os pacientes assintomáticos. Nos fatores relacionados à terapia estão: a complexidade do tratamento, falta de monitoramento, severa alteração no estilo de vida, reações adversas e falta de instruções claras sobre como ingerir a medicação. Por fim, no que se relaciona ao paciente estão: o esquecimento, o uso de drogas e álcool, depressão, desesperança e sentimentos negativos.

O conceito "adesão à terapêutica" conta com uma vasta literatura, especialmente focando a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose, hipertensão, ou em determinados grupos populacionais, como crianças e idosos. Selecionar literaturas que proporcionem uma visão do tema de forma geral torna-se uma tarefa complicada (LEITE, 2003).

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* têm significados diferentes: o termo *compliance*, que pode ser traduzido como 'obediência', 'cumprimento de regras', pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência/ adesão, como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação, uma 'concordância autônoma' (ou *patient empowerment*).

O termo "adesão" em português parece mais adequado para o sentido preferido de "concordância autônoma" ou *empowerment*. A disseminação atual do termo "aderência" entre os profissionais de saúde e a mídia levou à opção de usá-lo também, embora se saiba que o termo "aderência", apesar de ser também considerado sinônimo de "adesão", porta, tradicionalmente, um sentido menos abstrato (TEIXEIRA et al, 2000).

A WHO (2003) define adesão a terapias de longo prazo como sendo o cumprimento do indivíduo às recomendações dos profissionais da saúde no que diz respeito a uso de medicamentos, seguimento de dietas e mudanças no estilo de vida.

Porém enfatizamos que a adesão é um processo dinâmico, multifatorial (aspectos comportamentais, psíquicos, sociais), que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, e com abordagem que atenda às singularidades sócio-culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2007).

A adesão assume um conceito bastante amplo e abrangente, que implica num processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, fortalecendo a autonomia para o autocuidado. Também transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/Aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV. Enfim, a Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008b).

Alguns fatores são relacionados nos estudos como preditores da não adesão à terapia antirretroviral, isto é, o que leva as pessoas fazendo uso de TARV a não aderirem ao tratamento. Entre esses fatores, encontramos a complexidade da terapia na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum ou em sequências temporais combinadas a outros medicamentos. Outra barreira importante são os efeitos colaterais, entre eles: a lipodistrofia que aparece como um grande desafio tanto para as pessoas com HIV quanto para a equipe de saúde (BAER, 2002); características clínicas como o tempo de infecção, níveis de linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática; medicação antirretroviral, número de comprimidos e posologia; aspectos psicossociais como o suporte social, enfrentamento (SINGH, 1999), expectativa de auto-eficácia são variáveis já estudadas nos trabalhos sobre adesão (LEITE, 2002). Seidl (2001) aponta a presença de efeitos colaterais e razões de natureza subjetiva e/ou psicológica como principais motivos de abandono precoce do tratamento. Outro estudo aponta presença de depressão e suporte social insatisfatório (SCAFF 2002).

Alguns segmentos populacionais, como pessoas com menor escolaridade e aquelas que se infectaram pelo uso injetável de drogas,

apresentam maior mortalidade que outros grupos, o que tem sido associado ao frágil vínculo estabelecido entre serviços e usuários e conseqüente baixa adesão ao tratamento. (MARINS, 2004; KALICHMAN, 2004). Associação entre variáveis sócio-demográficas tem sido pesquisada com resultados controversos (BARTLETT, 2002). Pinheiro (2002) constatou que, entre elas, apenas a escolaridade apresentou associação significativa com a adesão. Carvalho (2003) apontou renda familiar inferior a três salários mínimos e uso de drogas ilícitas como as variáveis que apresentaram mais chance de adesão insatisfatória.

Estudos mostram que algum grau de não adesão ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida. Os pacientes têm “momentos de não adesão”, e a história dos que têm boa adesão é uma história de superação de dificuldades (HAYNES 1996). Os estudos têm sugerido que é necessária uma adesão entre os 90 – 95% nas tomadas de comprimido para haver supressão vírica (BANGSBERG, 2000; PATTERSON, 2000; McNABB, 2001; KATKO, 2001; GROSS, 2006).

No Brasil, alguns estudos quantitativos já foram realizados para verificar a adesão à terapia antirretroviral em certas populações como: Gomes (2009), um estudo de corte utilizando registros de dispensa da farmácia como indicador de não adesão realizado em Belo Horizonte-Minas Gerais; Seidl (2007), um estudo transversal realizado no Distrito Federal utilizando autorrelato calculando a estimativa de comprimidos perdidos na última semana e mês; Bonolo (2008), um estudo prospectivo relacionando através de autorrelato o número de comprimidos tomados durante os 3 dias antes do seguimento da visita realizado em Minas Gerais; e Blatt (2009), um estudo transversal realizado em uma cidade do Sul de Santa Catarina que utilizou autorrelato e data de retirada das medicações. Nesses estudos foram levantados também preditores de adesão e não adesão à terapia, porém, há dificuldade de comparação entre os estudos devido à variabilidade de métodos avaliativos. Contudo, em todos os estudos, o padrão de adesão foi considerado inferior ao ideal, ou seja, inferior a 90 – 95% de tomadas de comprimidos.

Em estudo realizado por Melchior et al (2007), as dificuldades relativas à estigma, ao estilo de vida e a relacionamentos pessoais foram consideradas não adesão ao tratamento. Alguns mencionaram a necessidade de esconder o uso de medicação de amigos e familiares. Adesão ao tratamento também foi influenciada por lazer e situações de

trabalho. As dificuldades em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas foram consideradas entre os fatores sociais.

Um desafio que permeia os estudos sobre adesão em enfermidades crônicas é a sua avaliação (MARTINI e D'ELIA, 2002). Não sendo diferente na Aids, logo, com a não existência de uma medida “padrão-ouro”, diferentes métodos são utilizados para estimar a não adesão, incluindo: autorrelato (entrevista estruturada), prontuário médico, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (GOMES, 2009).

Entretanto, a quantificação dos níveis séricos da droga por serem drogas com meia-vida plasmática curta, é um dado verificado somente se os pacientes tiverem feito uso recente da última dose, sem mencionar o custo envolvido no processo. A avaliação empírica do médico, sem a coleta de informações adicionais específicas, tende a ser baseada em noções preconcebidas, frequentemente enganosas, de acordo com as quais os pacientes seriam aderentes. O autorrelato do paciente, quando feito adequadamente, seria uma ótima maneira de avaliar a adesão na prática clínica, considerando-o, inclusive, mais preciso do que a avaliação médica (HECHET, 1998).

E por fim, Remor (2002) descreve a adesão ao tratamento como o resultado de uma decisão racional que o paciente toma e que dependerá de suas crenças sobre as conseqüências de não tomar a medicação, sua vulnerabilidade e conseqüências ou custo-benefício de tomar as medicações.

As Recomendações de Terapia Antirretroviral em adultos infectados pela HIV (BRASIL, 2008c) e as Diretrizes Nacionais para o Fortalecimento da Adesão ao Tratamento (BRASIL, 2007) definem que a responsabilidade pela adesão ao tratamento antirretroviral deve ser compartilhado entre a equipe de saúde e o paciente. Assim, mostra a relevância do conhecimento a respeito por parte dos profissionais, dos fatores que estão imbricados nesta relação e nesta responsabilidade.

Neste estudo, a adesão à terapia antirretroviral será considerada como um processo dinâmico, multifatorial, compartilhado e corresponsabilizado entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio. Sendo o cumprimento do indivíduo às recomendações dos profissionais da saúde no que diz respeito ao uso de medicamentos, seguimento de dietas e mudanças no estilo de vida um resultado positivo, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids em um serviço público estadual de referência em infectologia.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas dos sujeitos da amostra.

- Analisar possíveis associações das características sociodemográficas e psicossociais dos sujeitos com a adesão ao tratamento antirretroviral.

- Analisar a relação entre a adesão a terapia antirretroviral auto referida e o acesso a informação/serviço de saúde.



### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo. Um estudo quantitativo é transversal quando a coleta de dados ocorre em um determinado momento, sendo indicados para a descrição do *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Nos estudos retrospectivos, o investigador concentra-se em um resultado que ocorre na atualidade e depois tenta estabelecer os fatores antecedentes que tenham sido sua causa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### 3.2 LOCAL

O estudo foi realizado no ambulatório do Hospital Nereu Ramos (HNR), órgão da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), localizado em Florianópolis.

O Hospital Nereu Ramos (HNR) foi inaugurado em 6 de janeiro de 1943, para o tratamento de doenças infecto-contagiosas e tuberculose. Em 1971, foi incorporado à Fundação Hospitalar do Estado de Santa Catarina, passando a ser reconhecido como Hospital de Referência Estadual em Doenças Infecto-Contagiosas.

O HNR, que desde 01 de dezembro de 1997 foi reconhecido como Centro de Referência Estadual no tratamento de Portadores HIV/Aids, é um hospital de médio porte e conta com 147 leitos ativos. Desses, 71 são destinados apenas a casos de HIV/Aids. O serviço de Ambulatório Pneumologia/Infecologia faz em média 800 atendimentos me. Desses, 300 atendimentos são apenas da Infecologia (SANTA CATARINA, 2009).

O serviço no qual os dados foram coletados é classificado pelo Ministério da Saúde como um Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE). O SAE tem o objetivo de prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. (BRASIL, 2011).

O serviço de atendimento ambulatorial especializado a pessoas

com HIV/Aids dispõe de uma equipe multidisciplinar composta basicamente por médicos infectologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes administrativos, farmacêutico, além do apoio de demais especialidades do hospital (médicas, como: cardiologia, pneumologia, dermatologia, gastroenterologista, etc.), nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, dentre outros referenciados.

O trabalho é desenvolvido através de atendimento individual/consultas. As consultas são previamente agendadas, sendo que o serviço oferece vagas para consultas emergenciais. Além disso, dispõe de internação-dia (7:00h às 19:00h) quando há necessidade de suporte terapêutico. Nos casos de indicação de internação hospitalar, os pacientes adultos são encaminhados ao Hospital.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Trata-se de uma amostra não probabilística, na qual o pesquisador seleciona ao acaso (sem sorteios) os participantes que são entrevistados, lembrando que a coleta de dados foi realizada por pessoas que não trabalham no centro de referência pesquisado e, portanto, não conheciam e/ou tinham contato com a amostra selecionada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A população alvo foi calculada com base na relação dos 300 atendimentos de infectologia realizados por mês no ambulatório do Hospital Nereu Ramos. Chegamos aos 300 atendimentos por meio de uma média dos últimos 3 meses de atendimento do ambulatório, local de realização da pesquisa. Com base nesse número foi calculado o valor da amostra utilizando o website SEstatNet<sup>®</sup> para o ensino de estatística, conforme apresentado na figura 1 (NASSAR; WHONSCKI; OHIRA, 2010).



**Tamanho da Amostra**

**Estimativa de Percentual**

Tamanho da População	300
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	168
Perda Amostral	Nenhuma

**Para outros Níveis de Confiança**

Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	235
99%	207
90%	142

Fonte: NASSAR, WHONSKI; OHIRA, 2010.

**Figura 1:** Tamanho da amostra

Assim, o cálculo estatístico da amostra, com precisão da estimativa de  $50 \pm 5\%$ , nível de confiança de 95%, sem nenhuma perda amostral, constitui a amostra em 168 pessoas, sendo que 172 pessoas constituíram a amostra deste estudo.

### 3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foram convidadas de forma consecutiva todas as pessoas que preenchiam os critérios de inclusão (ser adulto, HIV+, estar em tratamento antirretroviral há mais de 3 meses, capaz de compreender e responder às questões) e que estavam em consulta no ambulatório do serviço entre o período de julho a dezembro de 2010. Foram excluídos os indivíduos que não eram alfabetizados ou eram usuários de drogas ilícitas nos últimos seis meses da data de realização da pesquisa, devido às exigências do instrumento utilizado.

### 3.5 VARIÁVEIS

**Adesão ao tratamento: (variável qualitativa ordinal)** compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado, cumprimento do indivíduo às recomendações dos profissionais da saúde no que diz respeito a uso de medicamentos, seguimento de dietas e mudanças no estilo de vida. A adesão será classificada em três grupos: adesão baixa/insuficiente, adesão insuficiente/regular ou adesão estrita através do questionário CEAT-VIH.

**Idade: (variável quantitativa discreta)** número de anos completos descrito pelo sujeito.

**Sexo: (variável qualitativa nominal)** Diferença física que distingue feminino de masculino observado segundo registro do prontuário.

**Estado marital: (qualitativa nominal)** Considera o estado civil ou a união formal do sujeito, considerando as seguintes categorias: solteiro, casado, união consensual, separado, divorciado e viúvo. Dado obtido através do relato do sujeito na entrevista.

**Situação laboral: (variável qualitativa nominal)** trabalho remunerado: sim ou não. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo, referido pelo entrevistado.

**Escolaridade: (variável qualitativa ordinal)** última série completada na escola, referida pelo sujeito na entrevista: ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Orientação sexual: (variável qualitativa nominal)** preferência sexual referida pelo sujeito como: heterossexual, homossexual ou bissexual. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Forma de transmissão do HIV: (variável qualitativa nominal)** maneira pela qual o sujeito adquiriu o vírus: sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão de hemoderivados, não sabe. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Uso de medicação psiquiátrica: (variável qualitativa nominal)** medicamento farmacêutico utilizado para reequilibrar concentrações de neurotransmissores. Faz uso: sim ou não. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Uso de outros tipos de medicação: (variável qualitativa nominal)** qualquer outro tipo de medicamento utilizado além da terapia

antirretroviral. Dado referido pelo sujeito na entrevista.

**Rede de suporte: (variável qualitativa nominal)** rede de suporte para ajudar a enfrentar a doença como família, amigos, comunidade, entre outros. Sim ou Não; se sim relatar quem. Dado referido pelo sujeito durante a entrevista.

**Outras doenças: (variável qualitativa nominal)** - outras doenças, além do HIV/Aids que o sujeito possa possuir, dado relatado pelo sujeito durante a entrevista.

**Tempo de infecção por HIV: (variável quantitativa contínua)** tempo em meses do início do diagnóstico, dado segundo registro do prontuário do sujeito entrevistado.

**Tempo de uso da terapia antirretroviral: (variável quantitativa contínua)** tempo em meses do início do uso da terapia antirretroviral, dado segundo registro do prontuário do sujeito entrevistado.

**Células CD4+ por mm<sup>3</sup>: (variável quantitativa discreta)** são um tipo de linfócito com importante papel no sistema imune. Elas lideram o ataque contra infecções. Categorizado em: < 200mm<sup>3</sup> e > 200mm<sup>3</sup>. Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado referente ao último exame realizado.

**Carga viral: (variável quantitativa discreta)** é o volume de vírus específicos que estão no organismo, num determinado volume de sangue. Carga viral(cópia/ml): < 50(indetectável), 51-400; 401-30.000; >30.000. Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado referente ao último exame realizado.

**Medicação antirretroviral: (variável qualitativa nominal)** fármacos que atacam o próprio HIV, interferem com os caminhos que o vírus toma para se reproduzir dentro da célula humana. Embora não consigam destruir completamente o vírus, podem reduzir a hipótese de que as células infectadas produzam novas partículas virais que podem assim re-infectar novas células (HINRICHSEN et al 2005). Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado.

**Número de comprimidos: (variável quantitativa discreta)** quantidade de comprimidos que deveriam ser tomados pelos sujeitos por dia. Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado.

**Posologia: (variável quantitativa discreta)** Frequência com que os comprimidos são tomados, expressos em horas. Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado.

**Local onde mora: (variável qualitativa nominal)** em Florianópolis ou fora de Florianópolis. Dado referido pelo sujeito durante a entrevista.

**Uso de álcool no último mês: (variável qualitativa nominal)** uso de qualquer tipo de bebida alcoólica no último mês antes da entrevista. Sim ou Não. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Intervalo entre as consultas: (variável quantitativa discreta)** tempo decorrido entre as consultas realizadas no centro de referência, em meses completos. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.

**Informação sobre a terapêutica: (variável qualitativa nominal)** Orientações dadas sobre como tomar a medicação e sua importância. Sim ou Não. Referido pelo sujeito.

**Quem forneceu essa informação: (variável qualitativa nominal)** O nome do profissional ou da fonte da informação. Dado referido pelo sujeito durante a entrevista.

### 3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita pelo pesquisador e por um entrevistador devidamente capacitado para não influenciarem nas respostas dos sujeitos no ambulatório do Hospital Nereu Ramos, referência em infectologia, e realizada dentro de um período de julho a dezembro de 2010. Os sujeitos selecionados que aceitaram participar da pesquisa eram levados a um ambiente calmo para que, após assinarem o consentimento livre esclarecido, pudessem responder ao instrumento auto-informe e às perguntas da entrevista sem serem interrompidos. Dentre as técnicas de coleta de dados selecionamos: aplicação do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH (Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral – CEAT-HIV), além de entrevista estruturada e consulta ao prontuário. (Apêndice B)

#### 3.6.1 Instrumento para avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral

O presente estudo se baseou na aderência reportada pelo usuário através de um instrumento auto-informe com 20 perguntas que em seu conjunto avaliavam a adesão ao tratamento antirretroviral. O

instrumento tem caráter multidimensional, pois abarca os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. Estudos prévios (REMOR, 2002; 2006) mostram a utilidade deste instrumento em outros países, e no Brasil onde ele foi traduzido e validado em um centro especializado no atendimento de pacientes infectados pelo HIV ou com Aids em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A análise dos resultados permitiu identificar uma adequada confiabilidade ( $\alpha=0,64$ ), sensibilidade (79,2%) e especificidade (57,1%) do questionário, tornando-se uma ferramenta potente, eficiente e útil no âmbito da infecção pelo HIV/Aids (REMOR, 2007a) e, por isso, foi escolhido para a realização deste estudo.

A adaptação brasileira do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” CEAT-VIH (Anexo A), (REMOR, 2009), foi solicitada previamente ao autor que autorizou a utilização do instrumento (Anexo B).

Segundo o manual para utilização do instrumento, os 20 itens foram formulados com base na revisão da literatura e na experiência clínica do autor com o atendimento a pessoas que vivem com HIV/Aids. As questões são fáceis de responder e requerem normalmente de 10 a 15 minutos. O entrevistado deve estar em bom estado físico e mental, não apresentando problemas cognitivos. Em casos em que o entrevistado não tem boa compreensão de leitura, o questionário pode ser aplicado verbalmente pelo entrevistador, isto é, ler as questões e respostas em voz alta, tendo cuidado para não influenciar nas respostas. As instruções de preenchimento estão no topo da página do instrumento. Se algum item for deixado em branco o entrevistado é convidado a rever a questão. Os itens abrangem as seguintes dimensões:

a) Cumprimento do tratamento: incluindo as variáveis: adesão na última semana, adesão geral desde o início do tratamento, adesão ao horário de tomada da medicação, avaliação do paciente sobre seu grau de aderência e recordação dos nomes dos medicamentos incluídos em seu tratamento.

b) Fatores moduladores da adesão ao tratamento:

- Antecedentes de falta de adesão. Dentro dos antecedentes se incluem: sentir-se melhor como um precedente para a omissão do medicamento, a frequência com que se sente pior com a ingestão dos fármacos e a frequência com que a depressão e a tristeza precedem a falta de adesão.

- A interação médico-paciente definida através do reforço por parte do médico para o cumprimento terapêutico do paciente e a valorização do sujeito na qualidade da relação com seu médico.

- As crenças do paciente relativas ao esforço envolvido no cumprimento terapêutico, à valorização do tempo que implica em cumprimento terapêutico, à dificuldade percebida para seguir o tratamento, às expectativas de auto-eficácia na tomada dos fármacos e às expectativas dos resultados em relação a tomado do medicamento.

- Valorização da intensidade dos efeitos secundários associados à tomada dos fármacos.

- Valorização do grau de informação sobre as medicações.

- Grau de satisfação com a tomada dos medicamentos.

- Percepção da melhora da saúde desde o início do tratamento.

- Utilização de estratégias para lembrar de tomar a medicação.

A pontuação total do CEAT-VIH se obtém somando os 20 itens de acordo com a codificação atribuída a cada um dos itens em Tabela específica (Anexo C). A pontuação total do questionário permite identificar um índice global de adesão ao tratamento antirretroviral, facilitando a classificação quanto a aderência: adesão baixa/insuficiente, adesão insuficiente/regular e adesão estrita. Quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de adesão ao tratamento. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima 89 (REMOR, 2009).

A versão em português do CEAT-VIH realizou-se mediante o procedimento de tradução e retradução por especialistas bilíngües português-espanhol de forma independente. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento (REMOR, 2007). Estudos utilizando o instrumento estão sendo realizados e alguns já foram publicados (REMOR, 2002; REMOR et al, 2007a; REMOR et al, 2007b; REIS et al, 2009; TAFUR-VALDERRAMA et al, 2008).

Após responderem ao instrumento, foi realizada a entrevista com aplicação do questionário construído para a pesquisa contendo dados sociodemográficos e outras informações relevantes. (Apêndice A)

Ao final da entrevista, o entrevistado foi liberado e outros dados conforme instrumento (Apêndice A) foram compilados diretamente do seu prontuário.

### 3.7 ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados foram revisadas e alimentadas em uma planilha no programa Excel.

Inicialmente, todas as variáveis foram estudadas de maneira descritiva, por meio do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), e no caso das variáveis contínuas, por meio do cálculo de média, desvio-padrão, mediana.

Para estudar a associação das variáveis categóricas com a variável resposta, estudaram-se cada uma delas bivariadamente por meio do teste de qui-quadrado ou do teste exato de Fisher. Foi avaliado também o OR (*Odds Ratio*), representando a estimativa de risco de não adesão (adesão baixa + adesão regular) e seus respectivos intervalos de confiança.

As diferenças de médias das variáveis contínuas entre os tipos de adesão foram avaliadas por meio de ANOVA para idade, e do teste de Kruskal-Wallis para as demais variáveis (pois não passaram pelo teste de distribuição normal de Kolmogorov-Smirnov).

O nível de significância foi assumido em 5% e o software utilizado para análise de dados quantitativos foi o SAS versão 9.2.

A adesão foi medida por meio do questionário CEAT-VIH e classificado em três grupos: adesão baixa/insuficiente (escore bruto  $\leq 74$ ; percentil  $\leq 49$ ), adesão insuficiente/regular (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) e adesão estrita (escore bruto  $\geq 80$ ; percentil  $\geq 85$ ).

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A realização da pesquisa obedece às Resoluções nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), e discorre sobre os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça, não maleficência.

Foi solicitada permissão para realização da pesquisa na instituição escolhida, sendo para isso apresentada uma declaração de permissão e ciência. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado pelo nº 565/2009 (Anexo D).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi elaborado e aplicado a todos os sujeitos (Apêndice B). Às pessoas que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado o TCLE, informando-as a respeito dos objetivos e metodologia do estudo proposto,

salientando que teriam liberdade para desistir da participação em qualquer momento do processo de pesquisa sem prejuízo ao seu atendimento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos integrantes da pesquisa.

Os instrumentos de pesquisa e registros dos dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador por 5 anos a partir da divulgação dos resultados. As informações fornecidas serão utilizadas na elaboração da dissertação de mestrado, bem como poderão ser publicadas em livro, periódicos e/ou divulgação em eventos científicos.

## 4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de dois artigos científicos, cujos títulos estão descritos abaixo, conforme metodologia adotada pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UFSC, Resolução 001/PEN/2008, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos terminais e elaboração das apresentações dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, que tem como intuito favorecer a divulgação da produção do conhecimento em saúde e enfermagem.

Assim, serão apresentados os seguintes artigos:

**Artigo 1 : Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/Aids atendidos em um Serviço de Referência**, a ser submetido para a Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo E ) classificado como periódico A2 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

**Artigo 2: A adesão autorreferida à terapia antirretroviral e a atuação da equipe multiprofissional no cuidado de pessoas com HIV/Aids**, a ser submetido para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo F), classificado como periódico A2 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nesses artigos serão apresentadas as análises das variáveis: adesão ao tratamento, idade, sexo, estado marital, situação laboral, escolaridade, orientação sexual, forma de transmissão do HIV, uso de medicação psiquiátrica, uso de outras medicações além dos ARV, rede de suporte, presença de outras doenças, tempo de infecção pelo HIV, tempo de uso da terapia, local onde mora, uso de álcool, intervalo entre consultas, informação sobre a terapêutica e quem forneceu a informação sobre a terapêutica, sendo que as demais variáveis formam um banco de dados para posteriores análises.

### 4.1 ARTIGO 1 : ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

## Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/Aids atendidos em um Serviço de Referência

### Adherence to antiretroviral therapy in adults with HIV/Aids treated at a Reference Service

Suelen Goulart  
Betina Hörner  
Schlindwein Meirelles

#### Resumo

**Introdução:** A não aderência aos medicamentos para a Aids tem sido considerada como um dos perigos para a efetividade do tratamento, no plano individual e coletivo. **Objetivos:** Conhecer a adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids, em um serviço público estadual de referência em infectologia. **Sujeitos e Métodos:** estudo transversal retrospectivo, com amostra não probabilística, realizado com 172 pessoas fazendo uso de terapia antirretroviral, atendidas no ambulatório de um serviço de referência em Infectologia, que responderam ao “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” CEAT-VIH, que avalia a adesão ao tratamento antirretroviral. **Resultados:** O escore de adesão foi de baixa (62,2%) ou irregular (28,5%). Foram observadas associações significativas com o sexo ( $p = 0.0026$ ), escolaridade ( $p = 0.0094$ ), forma que adquiriu o HIV e a adesão ( $p = 0.0283$ ). **Considerações finais:** A adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids, está associada às variáveis psicossociais e demográficas. Há importância do reconhecimento desta associação na indicação de tratamento ARV, com avaliação criteriosa dos profissionais de saúde frente as condutas a serem adotadas para uma maior adesão.

**Descritores:** adesão; HIV; terapia antirretroviral; enfermagem

#### Abstract

**Introduction:** The non-adherence to medications for AIDS has been regarded as one of the dangers to the effectiveness of treatment, at the individual and collective levels. **Objectives:** To find the adherence to antiretroviral treatment for people with HIV/AIDS in a state public service that is benchmark in infectology. **Subjects and Methods:** This is a retrospective cross-sectional study, with non-probability samples conducted with 172 people making use of antiretroviral therapy, treated in an outpatient state service, benchmark in infectology who responded

to the "Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment", CEAT-HIV, which assesses adherence to antiretroviral therapy. **Results:** Significant associations with sex ( $p = 0.0026$ ), with education ( $p = 0.0094$ ), how the infection was acquired and adherence ( $p = 0.02183$ ) were observed.). **Final considerations:** Adherence to antiretroviral treatment for people with HIV/AIDS is associated with psychosocial and demographic variables. There is recognition of the importance of this association in the indication for ARV treatment, with careful assessment of health professional measures to be taken for a larger adherence to treatment.

**Keywords:** adhesion; HIV; antiretroviral therapy; nursing

## **Introdução**

Atualmente, existem no mundo 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV. No Brasil, desde os primeiros casos registrados em 1980 já se contabilizam 592.914 casos de Aids. E apesar da mudança de perfil na epidemia e de todas as descobertas inovadoras para o tratamento, ainda no século XXI a Aids perpetua-se como uma epidemia preocupante e com muitos desafios para pesquisadores e profissionais de saúde.

Desde meados de 1980, os medicamentos antirretrovirais têm sido usados no tratamento da Aids. No entanto, esses medicamentos permitiam benefícios temporários aos usuários devido a sua capacidade limitada na recuperação imunológica e redução da carga viral. Com o advento da terapia antirretroviral altamente eficaz<sup>1</sup>, em 1996, que incluem a classe dos inibidores de proteases e inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos, constatou-se diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por Aids<sup>2,3,4</sup>.

Em 1996, o governo brasileiro sancionou a lei número 9.313 dispondo sobre a obrigação do Estado em distribuir de forma universal e gratuita os medicamentos antirretrovirais às pessoas com HIV/Aids em todo o Brasil<sup>5</sup>, o que possibilitou o acesso ao tratamento a milhares de brasileiros.

Segundo o Relatório Mundial da Epidemia de Aids<sup>6</sup>, no ano de 2009, 5,2 milhões de pessoas em países de renda baixa e média tiveram acesso ao tratamento antirretroviral. No entanto, ainda há 10 milhões de pessoas que precisam de tratamento e não têm acesso. No Brasil, até dezembro de 2009, 195.000 pessoas portadoras do HIV fazem uso da terapia antirretroviral (TARV).

O principal objetivo da terapia antirretroviral é combater o vírus, tratar as doenças oportunistas e fortalecer o sistema imunológico. O

papel da TARV na evolução da Aids é fato incontestável, por ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis<sup>7</sup>, com diminuição da mortalidade e melhora significativa da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

No entanto, os potenciais benefícios da terapia antirretroviral nos doentes com HIV/Aids não estão sendo aproveitados na íntegra devido a dificuldades de adesão a regimes terapêuticos muito exigentes e que ainda trazem efeitos colaterais a alguns de seus usuários. Os resultados de investigação<sup>8,9</sup> demonstram que a adesão é influenciada pela complexidade do regime prescrito, pela palatabilidade dos medicamentos, pelos efeitos secundários que causam (alterações corporais, como a distribuição corporal de gorduras), problemas de revelação do diagnóstico, relacionamentos problemáticos, condições sociais difíceis, uso de drogas ilegais, o sistema de crenças familiar, angústia psicológica, depressão, dificuldades com as rotinas diárias e percepção da família sobre o valor da medicação.

A Organização Mundial da Saúde<sup>10</sup> define adesão a terapias de longo prazo como sendo o cumprimento do indivíduo às recomendações dos profissionais da saúde no que diz respeito ao uso de medicamentos, seguimento de dietas e mudanças no estilo de vida<sup>10</sup>. E o Ministério da Saúde enfatiza que a adesão é um processo dinâmico, multifatorial (aspectos comportamentais, psíquicos, sociais), que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, e com abordagem que atenda às singularidades sócio-culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids<sup>11</sup>.

Um estudo de revisão sobre a adesão à terapia antirretroviral, publicado em 2007, mostrou que em termos gerais a adesão foi quantificada estabelecendo-se explicitamente um ponto de corte que variou de 80,0 a 100,0%. Alguns trabalhos definiram a adesão, categoricamente, como perda de doses, de horários, não seguimento de prescrições dietéticas, uso regular ou irregular, intermediária ou pobre; outros a definiram pelo registro da farmácia de dispensação dos antirretrovirais<sup>12</sup>.

Algumas condições são associadas à adesão insuficiente em pessoas vivendo com HIV/Aids<sup>13</sup>, como: a complexidade do regime terapêutico; a dificuldade para ingestão; os horários das doses; a precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é insuficiente; baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do

tratamento; não aceitação da soropositividade; presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade; efeitos colaterais da medicação antirretroviral; relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde; crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento; dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias; e abuso de álcool e outras drogas.

A não adesão a terapia antirretroviral é um grande problema de saúde pública visto que a concentração subterapêutica dos antirretrovíricos promove o desenvolvimento de subespécies e conduz a resistências cruzadas de classes terapêuticas, limitando as opções de tratamento futuros<sup>14,15</sup>.

Uma avaliação precisa da adesão é fundamental para um adequado planejamento do tratamento. E embora a política de acesso universal e gratuito aos antirretrovirais no Brasil seja reconhecida internacionalmente, ainda há carência de estudos publicados que avaliem a eficácia das estratégias implementadas para garantir uma adequada adesão ao tratamento ou melhorá-la, bem como identificar populações com maior fragilidade na adesão ao tratamento<sup>16,17</sup>.

Pesquisas que permitam uma melhor compreensão do fenômeno, investigando a influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais, são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam a adesão à TARV<sup>18</sup>.

No estado de Santa Catarina, temos apenas um artigo publicado que mediu adesão, em uma cidade no sul do estado<sup>19</sup>. No entanto, o estado aparece em terceiro lugar em taxa de incidência de casos de Aids e de mortalidade no Brasil. Dentre as 10 cidades com a maior taxa de incidência de casos de Aids, cinco delas são de Santa Catarina, sendo Florianópolis a terceira cidade do Brasil na incidência de casos de Aids<sup>20</sup>. Os dados são alarmantes para o estado, justificando maiores pesquisas sobre Aids. Diante disso, surge o questionamento: qual a adesão à terapêutica antirretroviral das pessoas com HIV/Aids atendidas num serviço de referência, no estado de Santa Catarina? Que fatores estão relacionados a não adesão?

Assim, o presente estudo visa: conhecer a adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids atendidas em um serviço público estadual de referência em infectologia, bem como as variáveis psicossociais e sociodemográficas associadas à adesão.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com amostra não

probabilística. Para avaliar a adesão ao tratamento foi utilizada a adaptação brasileira do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, testado e validado para o Brasil<sup>21</sup>. Trata-se de um instrumento de autoinforme, com 20 perguntas, que em seu conjunto avaliam a adesão ao tratamento antirretroviral. Tem caráter multidimensional, pois abarca os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação total do questionário permite identificar um índice global de adesão ao tratamento antirretroviral, facilitando a classificação dos avaliados quanto ao grau de aderência: adesão baixa/insuficiente, adesão insuficiente/regular e adesão estrita. Quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de adesão ao tratamento. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima 89<sup>22</sup>.

A coleta de dados foi realizada num ambulatório de referência estadual em infectologia, localizado na cidade de Florianópolis-SC, nos meses de julho a dezembro de 2010. Os sujeitos selecionados eram pacientes adultos com infecção pelo HIV/Aids registrados no serviço, fazendo uso de terapia antirretroviral há mais de três meses. Foram excluídos indivíduos não alfabetizados e usuários de drogas ilícitas.

Dentre as técnicas de coleta de dados selecionamos: aplicação do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, entrevista estruturada e consulta ao prontuário. Após orientação, os sujeitos responderam ao instrumento autoinforme e às perguntas da entrevista estruturada para o estudo, sem serem interrompidos.

A população alvo foi calculada com base na relação dos 300 atendimentos de infectologia realizados por mês no referido ambulatório, com precisão da estimativa de  $50 \pm 5\%$ , nível de confiança de 95% e sem nenhuma perda amostral. A amostra foi calculada em 168 pacientes, sendo que, tem-se um total de 172 sujeitos nesta pesquisa.

A adesão foi medida por meio do questionário CEAT-VIH e classificado em três grupos: adesão baixa/insuficiente (score bruto  $\leq 74$ ; percentil  $\leq 49$ ), adesão insuficiente/regular (score bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou adesão estrita (score bruto  $\geq 80$ ; percentil  $\geq 85$ ).

Os dados foram descritos por meio das médias, desvio-padrão e/ou mediana e por meio do percentual quando não fizer sentido falar em média. O nível de significância assumido foi de 5% (ou 0,05 – assumido na maioria dos trabalhos científicos), portanto, para que haja diferença ou associação significativa o valor-p deve ser menor do que 0,05.

No caso de médias “distribuição dos dados Normais (simétrica)”

aplicou-se o teste T de Student ou ANOVA (mais de duas categorias estudadas). No caso de médias “distribuição dos dados não Normais (assimétrica)” aplicou-se o teste de Mann-Whitney ou o de Kruskal-Wallis (mais de duas categorias estudadas);

No caso de percentuais, usou-se o teste de qui-quadrado. Se um dos “n’s” encontrados na tabela, daquela variável for inferior a cinco usa-se o teste Exato de Fisher. Para avaliar a significância, calculou-se o intervalo de confiança do *Odds Ratio* (OR).

Aspectos éticos: a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado pelo protocolo nº 565/2009. Os sujeitos selecionados, após receberem informações e que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foram orientados a poder desistir da pesquisa em qualquer das suas fases, sem prejuízos ao seu atendimento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato aos integrantes da pesquisa.

## **Resultados**

A amostra foi composta por homens (57,6%), com idade média de  $43,4 \pm 11,8$  anos, solteiros (38,9%), com primeiro grau completo (57,1%), sendo a maioria moradora de Florianópolis (61,0%), sem trabalho remunerado (66,9%), conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos com HIV/Aids segundo as características socioeconômicas e demográficas, Florianópolis, 2010.

Variáveis sociodemográficas	n	%
<b>Sexo</b>		
Homem	99	57.6%
Mulher	73	42.4%
<b>Idade</b>		
N	171	
Média	43.4	
desvio-padrão	11.8	
Mediana	42.0	
<b>Estado Marital</b>		
não informado	5	
Solteiro	65	38.9%
Casado	59	35.3%
união consensual	4	2.4%
Separado	19	11.4%
Divorciado	9	5.4%
Viúvo	11	6.6%
<b>Escolaridade</b>		
não informado	4	
primeiro grau completo	12	7.1%
primeiro grau incompleto	96	57.1%
segundo grau completo	37	22.0%
segundo grau incompleto	9	5.4%
terceiro grau completo	7	4.2%
terceiro grau incompleto	7	4.2%
<b>Local onde mora</b>		
Florianópolis	105	61.0%
fora de Florianópolis	67	39.0%
<b>Trabalho Remunerado</b>		
Sim	57	33.1%
Não	115	66.9%
<b>Preferência Sexual</b>		
heterossexual	151	87.8%
homossexual	18	10.5%
Bissexual	3	1.7%

A maioria da amostra pesquisada se declarou heterossexual (87,8%), adquiriu o HIV através de relação sexual (66,9%) e não relatou dificuldades para marcar consultas no controle do seu tratamento (94,7%).

O escore de adesão obtido através do CEAT-VIH teve como média  $71,0 \pm 8,0$ , e a maioria da amostra apresentou escore de adesão

baixo: 62,2% ou irregular 28,5% conforme tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição das pessoas com HIV/Aids, segundo categorização do escore de adesão. Florianópolis, 2010.

<b>Escore de adesão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adesão baixa/insuficiente	107	62.2
Adesão insuficiente/irregular	49	28.5
Adesão estrita	16	9.3

Nas análises, foram observadas associações significativas com o sexo ( $p = 0.0026$ ) e com a escolaridade ( $p = 0.0094$ ). Observou-se uma chance 3,34 vezes maior (IC :1,11 a 10,07) de homens não aderirem ao tratamento do que mulheres. Na escolaridade, não foi possível determinar a magnitude do risco para não adesão, pois, o intervalo de confiança não foi significativo. No entanto, o estudo detalhado de riscos mostrou um OR significativo quando se avaliou o risco de adesão somente irregular OR = 0,29 (0,09 a 0,97). As pessoas com segundo grau possuem 71% menos chance ( $1 - 0,29$ ) de adesão irregular do que as com primeiro grau.

Outra associação significativa foi entre a forma que o paciente adquiriu o HIV e a adesão  $p = 0.0283$ . Também não foi possível determinar a magnitude dos riscos (devido a baixas frequências em algumas categorias), nem na avaliação detalhada dos riscos. Porém, observa-se a maior taxa de não adesão em pessoas que contraíram o HIV por meio do uso de drogas injetáveis (93,8%), conforme apresentado na tabela 3.



Esse estudo nos permitiu avaliar a adesão das pessoas com HIV/Aids no tratamento antirretroviral em um centro de referência em Santa Catarina por meio do CEAT-VIH . Os dados obtidos por esse instrumento autoinforme nos mostram uma adesão nada satisfatória da maior parte dos pacientes atendidos (62.2% dos sujeitos). Outros estudos sobre a adesão ao tratamento ARV em pessoas com HIV/Aids revelaram taxas de 57,9; 27,7; 36,9; 25,73% de não adesão<sup>18,23,24,25</sup>, mostrando a relevância do dado encontrado.

A preocupação com a adesão à terapia ARV deve ser uma realidade nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que a terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente, objetivo que deve ser buscado pelas equipes e serviços de saúde, estabelecendo-se uma relação de co-responsabilidade entre estes e o paciente<sup>26</sup>. Dados de adesão insatisfatória, como os encontrados nesse estudo, devem nos levar a refletir em nossa prática diária e nos métodos de trabalho utilizados para intervir na adesão.

Dentre as características sociodemográficas foram observadas associações significativas com o sexo ( $p = 0.0026$ ), com uma chance de 3,34 vezes maior de homens não aderirem ao tratamento do que mulheres. A literatura até o momento ainda não apresenta um consenso sobre esta questão<sup>21,27</sup>.

Para as doenças crônicas em geral, os autores não têm admitido qualquer associação com o gênero<sup>28</sup>. De fato, muitos trabalhos sobre adesão ao tratamento em doenças crônicas não encontraram relação entre sexo e aderência<sup>29,30,31</sup>, embora em alguns contextos específicos o sexo masculino esteja significativamente associado com não aderência, como no caso do estudo em questão.

Dados epidemiológicos de 2010 mostram que atualmente ainda há mais casos de HIV entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de Aids entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de Aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 caso em homens para cada 1 em mulheres<sup>20</sup>.

Outra associação significativa encontrada no estudo foi com a escolaridade ( $p=0.0094$ ). As análises apontaram que as pessoas com segundo grau possuem 71% menos chance de adesão irregular do que as com primeiro grau. Estudos revelam que quanto menor a escolaridade,

maior o percentual de infectados pelo vírus da Aids, com prevalência de 0,17% entre os homens com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo<sup>20</sup>.

Falando em adesão, um estudo<sup>18</sup> mostrou que pessoas com nível educacional mais alto estiveram em maior frequência entre os aderentes, alcançando significância estatística supondo que pessoas com poucos anos de estudo tenham menos acesso a informação sobre a enfermidade e o tratamento, acarretando compreensão insuficiente sobre o papel dos ARV e prejuízos na não adesão. Em outro estudo<sup>19</sup> também foi encontrada associação de maior adesão com a escolaridade (mais de oito anos de estudo). O autor atribui a baixa adesão com a dificuldade de entendimento dos pacientes com nível cultural mais baixo, por se tratar de um tratamento complexo.

A Organização Mundial da Saúde aponta o baixo nível econômico, pobreza, analfabetismo e baixo nível educacional como fatores de risco importantes para a baixa adesão<sup>10</sup>. Essa questão da escolaridade nos leva a pensar que respeitar a singularidade dos pacientes atendidos é um dever do profissional, e esse deve estar preparado para fazer abordagens sobre a adesão com pessoas menos instruídas de modo que o conhecimento e a informação também cheguem a eles de maneira eficaz.

O presente estudo também encontrou associação significativa entre a forma que o paciente adquiriu o HIV e a adesão ( $p = 0.0283$ ), observando uma taxa de não adesão de 93,8% em pacientes que adquiriram o HIV através do uso de drogas injetáveis. Não podemos ter certeza de que os pacientes, embora relatassem não usarem mais drogas, estariam realmente livres do contato e da influência do seu uso. O que sabemos é que estudos mostram que o uso de álcool e drogas ilícitas são indicadores de não adesão, sendo que Bonolo<sup>11</sup> associa o uso de drogas ilícitas até um ano antes de iniciar os ARV com uma maior interrupção do tratamento (interrupção 21% mais alta em relação aos que não referem uso de drogas). Outros estudos também trazem o uso de drogas e de substâncias psicoativas como um preditor de não adesão<sup>18,25,32</sup>.

Um estudo sobre adesão ao tratamento de HIV/Aids por pessoas com Aids, tuberculose e usuários de drogas<sup>32</sup>, em São Paulo, mostrou que os usuários de drogas apresentam clara piora na adesão, seja por comorbidades psiquiátricas (em especial a depressão), ou em função dos erros na ingestão de doses de comprimidos. Os pacientes têm dificuldades em relatarem aos profissionais de saúde o uso de outras drogas. Quando o fazem, é de modo sutil ou superficial, omitindo quantidade, frequência e as falhas de ingestão de medicamentos

decorrentes desse uso. As informações sobre interações medicamentosas são do senso comum e o paciente relacionando que o uso de drogas, como o álcool, interfere no efeito do remédio, opta por deixá-los de ingerir em detrimento das drogas.

### **Considerações finais**

A adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids está associada às variáveis psicossociais e demográficas, como sexo, escolaridade, e a forma de contaminação pelo HIV.

A tendência atual de epidemia de Aids, com a sua heterossexualização e menor escolaridade dos acometidos, salienta a importância do reconhecimento dessa associação no momento da indicação de tratamento ARV, com avaliação criteriosa por parte dos profissionais de saúde frente as orientações e condutas a serem adotados para uma maior adesão.

Quanto maior o conhecimento do indivíduo sobre o seu problema, independentemente da sua idade ou risco, maior a possibilidade de comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maior a chance de sucesso, assim percebemos a importância de estratégias que atinjam tanto homens, quanto pessoas de baixa escolaridade, como possíveis usuários de drogas, respeitando suas escolhas e deixando de tentar impor tratamentos que não serão compridos e sim dentro das possibilidades reais de cada indivíduo. Para isso, há a necessidade de trabalho coletivo entre profissionais e pacientes.

### **Referências**

1. Baer M, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Can Psychol* 2002; 43:115-21.
2. Guarinieri M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. *J Acquir Imune Defic Syndr* 2002; 31:167-9.
3. Wu AW, Ammassari A, Antinori A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? *J Acquir Imune Defic Syndr* 2002; 31:95-7
4. Senado Federal. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=144779> (acessado em 23/Jan/2009).

5. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS. Relatório Mundial da Epidemia de AIDS 2010. Boletim Informativo. A epidemia da AIDS no mundo. [http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo\\_Dados\\_Globais\\_UNAIDS\\_2010.pdf](http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf) (acessado em 20/Dez/2010).
6. Valente AMM, Reis AF, Machado DM, Succi RCM, Chacra AR. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005;49(6):871-881.
7. Byrne M; Achieving adherence with antiretroviral medications for pediatric HIV disease. *AIDS Reader* 2002; 12:151-164.
8. Murphy DA. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus infected adolescents. *Arch Pediatric Adolesc Med*. 2003;157:249-255.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
10. Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da 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: MS; 2007.
11. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC, 2007. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(4):261-278.
12. Faustino QM. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/Aids [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.
13. Sethi AK. Association between adherence to antirretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clin Infect Dis*. 2003; 37:1112-1118.
14. Kimberlin DW. Antiviral therapies in children: has their time arrived? *Pediatric Clinics of North America*. 2005; 52(3):854-859.
15. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*. 2004; 18(3):15-20.
16. Castro EK, Remor EA. Aspectos psicossociais e HIV/Aids: um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados

- entre Brasil e Espanha. *Psicol Refl Crit.* 2004; 17(2):243-250.
17. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2305-2316.
18. Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. *Rev Sociedade Bras Medicina Tropical.* 2009; 42(2):131-136.
19. Brasil. Boletim epidemiológico Aids 2010; VII.
20. Remor E. Manual Para La Evaluación de La Adhesión Al Tratamiento Antirretroviral em Personas Com Infección Por VIH y SIDA. BiblioPRO; 2009.
21. Remor E, Moskovics JM, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5):685-694.
22. Gomes RFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicadores da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(3): 495-506.
23. Bonolo PF, Machado CJ, César CC, Ceccato MG, Guimarães MD. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008 Nov;24(11):2603-13.
24. Silva MCF, Ximenes RAA, Miranda Filho DB, Arraes LWMS, Mendes M, Melo ACS et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 2009; 51(3):135-139.
25. Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 26 Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Arnsten JH. Differences in Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy. *Journal of General Internal Medicine.* 2004; 19(11):1111-1117.
27. Coombs RB, Jensen P, Her MH, Ferguson BS, Jarry JL, Wong JSW

et al. Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of non-compliance & inappropriate use of medication in Canada. Canadá: University of Toronto Press; 1995.

28. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority Population. *American Journal of Public Health*. 1992; 82(12):1607-1612.

29. Klosinski LE, Brooks RNA. Predictors of non adherence to HIV combination therapies. In: 12th World AIDS Conference. Geneva; 1998.

30. Ortega FP, Riviera JMPS, García RR, García JG, Pérez-Herrero JRC, Rodríguez JJV et al. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Clin Esp*. 1997; 197: 163-166.

31. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2006; 52(2):86-92.

32. Lima HML. Adesão ao tratamento de HIV/AIDS por pacientes com AIDS, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

## 4.2 ARTIGO 2: A ADESÃO AUTORREFERIDA A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E O ACESSO À INFORMAÇÃO E AO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM HIV/AIDS

**A adesão autorreferida a terapia antirretroviral e o acesso a informação e ao atendimento de pessoas com HIV/Aids\***

**The self-reported adherence to antiretroviral therapy and access to information and the care of people with HIV/Aids**

**La adherencia auto-reportada a la terapia antirretroviral, y acceso a la información y la atención de personas con vih/sida**

Suelen Goulart

Betina Hörner Schlindwein Meirelles

### **Resumo:**

**Introdução:** Os regimes terapêuticos e efeitos adversos da terapia antirretroviral dificultam a adesão ao tratamento, exigindo planejamento do tratamento. **Objetivos:** Analisar a relação entre a adesão autorreferida à terapia antirretroviral e o acesso a informação e ao atendimento de pessoas com HIV/Aids. **Sujeitos e Métodos:** estudo transversal, com amostra não probabilística, realizado com 172 pessoas em terapia antirretroviral, em ambulatório de referência em Infectologia, que responderam ao “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” CEAT-VIH. **Resultados:** O escore de adesão foi baixa (62,2%) ou irregular (28,5%), com associação significativa entre a presença de outras doenças e adesão ( $p=0.0213$ ). 62,7% da amostra não recebeu informação sobre tratamento. **Considerações finais:** O estudo mostrou baixos índices de adesão e pouca informação obtida pelos pacientes vinda dos profissionais, observamos a necessidade de profissionais capacitados e disponíveis para a relação dialógica, o que favorecerá a adesão e um atendimento de qualidade.

---

\* Resultados da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2011.

**Abstract:**

**Introduction:** The therapeutic and adverse effects of antiretroviral therapy make adherence to treatment difficult, requiring treatment planning. **Objectives:** To analyze the relationship between self-reported adherence to antiretroviral therapy and access to information and treatment of people with HIV/AIDS. **Subjects and Methods:** This is a retrospective cross-sectional study, with non-probability samples conducted with 172 people making use of antiretroviral therapy, treated in an outpatient state service, benchmark in infectology who responded to the "Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment", CEAT-HIV. **Results:** The adherence score was low (62.2%) or irregular (28.5%), with a significant association between the presence of other diseases and adherence ( $p = 0.0213$ ), 62.7% have not received information about treatment. **Final considerations:** The study showed low rates of adherence and limited information obtained by patients coming from professionals; we see the need for trained professionals available for a dialogical relationship, which will facilitate adherence and quality service.

**Resumen:**

**Introducción:** Los regímenes terapéuticos y efectos adversos de la terapia antirretroviral dificultan la adhesión al tratamiento, exigiendo el planeamiento del tratamiento. **Objetivos:** Analizar la relación entre la adhesión auto referida a la terapia antirretroviral y el acceso a la información y a la atención de personas con VIH/SIDA. **Sujetos y Métodos:** estudio transversal, con muestra no probabilística, realizado con 172 personas en terapia antirretroviral, en ambulatorio de referencia en Infectología, que respondieron al "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*" CEAT-VIH. **Resultados:** El apoyo de adhesión fue bajo (62,2%) o irregular (28,5%), con asociación significativa entre la presencia de otras enfermedades y adhesión ( $p= 0.0213$ ). 62,7% de la muestra no recibió información sobre el tratamiento. **Consideraciones finales:** El estudio mostró bajos índices de adhesión y poca información obtenida por los pacientes de parte de los profesionales, observamos la necesidad de profesionales capacitados y disponibles para la relación dialógica, lo que favorecerá la adhesión y una atención de calidad.

## **Introdução**

Desde os primeiros casos relatados por volta de 1980, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) explodiu através de uma verdadeira pandemia. Desde então, as pesquisas no assunto nunca cessaram. Trata-se de uma trajetória dinâmica que encontrou mudanças de perfil epidemiológico, e descobertas de tratamentos que mudaram os rumos da história por proporcionar uma queda acentuada na mortalidade.

Segundo a UNAIDS<sup>(1)</sup>, as intervenções terapêuticas às pessoas que vivem com HIV/Aids dividem-se em: - Assistência paliativa e apoio social para alívio dos sintomas, suporte às necessidades nutricionais e de assistência social, apoio psicológico e ajuda para enfrentar o estigma social. - Diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas e doenças relacionadas ao HIV. - Tratamento com fármacos antirretrovirais (ARV). No Brasil, os pacientes que estão em tratamento com os ARV têm a sua disposição 16 tipos de antirretrovirais mais a talidomida 100mg, distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses medicamentos retardam o desenvolvimento da Aids e possibilitam maior qualidade de vida ao portador do vírus. Agem na redução da carga viral e na reconstituição do sistema imunológico<sup>(2)</sup>.

Por se tratar de uma trajetória dinâmica, o advento da terapia antirretroviral (TARV), em 1996, é capaz de reduzir a carga viral plasmática de RNA- HIV-1 para níveis indetectáveis, mas trouxe consigo uma série de novos questionamentos<sup>(3)</sup>.

E, apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas, entre elas, a adesão do paciente ao seu tratamento<sup>(4)</sup>.

A adesão a esse tratamento então se tornou uma questão importante a ser trabalhada e discutida com os pacientes, visto que evidências da literatura indicam que a não adesão pode ter efeitos negativos gravíssimos, como aumento da carga vírica, diminuição da eficácia do tratamento e maior risco de infecções oportunistas, para além da hipótese do desenvolvimento de estirpes víricas resistentes conduzirem a resistências cruzadas de classes terapêuticas que limitam as opções de tratamento futuro<sup>(5)</sup>.

Pesquisas que permitam uma melhor compreensão do fenômeno, investigando a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam a adesão à TARV<sup>(6)</sup>. Muito se tem feito para investigar a adesão dos pacientes a essa terapia e alguns padrões já foram definidos por alguns estudos.

Por exemplo, um estudo de revisão<sup>(7)</sup> aponta que, apesar de os limites da adesão para a efetividade do tratamento serem difíceis de estabelecer, estudos apontam que, devido a uma alta e constante taxa de replicação e mutação do HIV, pelo menos 95% de adesão é necessária para manter a carga viral-HIV não detectável<sup>(8-10)</sup>.

Um desafio que permeia os estudos sobre adesão em enfermidades crônicas é a sua avaliação<sup>(11)</sup>. Não sendo diferente na Aids. Logo, com a não existência de uma medida “padrão-ouro”, diferentes métodos são utilizados para estimar a não adesão, incluindo: autorrelato (entrevista estruturada), prontuário médico, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia<sup>(12)</sup>.

Os métodos para avaliar a adesão a terapêutica apresentam muitas limitações. Métodos diretos são mais exatos, porém requerem equipamentos sofisticados, tornando-se dispendiosos e pouco úteis em saúde pública. Dentre os métodos indiretos, embora estes tendam a subestimar a adesão, o que apresenta maior aplicabilidade em saúde pública é a entrevista, uma vez que pode ser aplicada a todos os níveis de atenção à saúde<sup>(13)</sup>.

Questionários de autorrelato aplicados no contexto clínico podem auxiliar a melhorar a objetividade da opinião do profissional. Em qualquer caso, contudo, o diálogo paciente-profissional é ainda a melhor abordagem para avaliar a adesão, assim como para prover um bom cuidado<sup>(14)</sup>.

Poucas pesquisas têm sido feitas para o estudo da associação entre a equipe de saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde com a adesão. Enquanto um bom relacionamento médico paciente pode melhorar a adesão, há muitos fatores que têm um efeito negativo, como falta de conhecimento e treinamento no controle de doenças crônicas, fraca capacidade do sistema em orientar e prover seguimento aos pacientes e falta de conhecimento sobre adesão ao tratamento<sup>(15)</sup>.

Os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da adesão, entre as quais se inclui a disponibilidade de informação sobre a importância da adesão e a adequação do tratamento à rotina de vida do paciente, além de atendimento clínico para a toxicidade do tratamento e para o manejo de dependência química<sup>(7)</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza que a terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente, objetivo que deve ser buscado pelas

equipes e serviços de saúde, estabelecendo-se uma relação de corresponsabilidade entre estes e o paciente<sup>(2)</sup>.

O objetivo do presente estudo é analisar a relação entre a adesão autorreferida à terapia antirretroviral e o acesso a informação e ao atendimento de pessoas com HIV/Aids de um serviço de referência em infectologia.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com amostra não probabilística. Para obtermos a adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral, utilizamos a adaptação brasileira do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, testado e validado para o Brasil<sup>(16)</sup>. Em seu conjunto, o instrumento abarca os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação total do questionário obtida através de 20 perguntas permite identificar um índice global de adesão. Quanto maior a pontuação obtida maior a adesão ao tratamento. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima 89<sup>(17)</sup>.

A coleta foi feita no período de julho a dezembro de 2010 em um ambulatório de referência para infectologia na cidade de Florianópolis-SC. Os sujeitos selecionados eram pacientes adultos com infecção pelo HIV/Aids registrados no serviço, fazendo uso de terapia antirretroviral há mais de três meses. Foram excluídos indivíduos não alfabetizados e usuários de drogas ilícitas atendendo critérios de inclusão do instrumento utilizado.

A coleta foi feita através da aplicação do “*Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” CEAT-VIH, entrevista estruturada e consulta a prontuário. Os sujeitos responderam ao instrumento autoinforme e às perguntas da entrevista estruturada para o estudo sem serem interrompidos.

A população alvo foi calculada com base na relação dos 300 atendimentos de infectologia realizados por mês no referido ambulatório. Uma média dos últimos 3 meses de atendimento no ambulatório, com precisão da estimativa de  $50 \pm 5\%$ , nível de confiança de 95% e sem nenhuma perda amostral. A amostra foi calculada em 168 pacientes, sendo que, tem-se um total de 172 sujeitos nesta pesquisa.

O questionário CEAT-VIH classificou os entrevistados em três grupos dentro dos escores subseqüentes: adesão baixa/insuficiente (escore bruto  $\leq 74$ ; percentil  $\leq 49$ ), adesão insuficiente/regular (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou adesão estrita (escore bruto  $\geq 80$ ;

percentil $\geq$ 85).

No caso de médias “distribuição dos dados Normais (simétrica)” aplicou-se o teste T de *Student* ou ANOVA (mais de duas categorias estudadas); No caso de médias “distribuição dos dados não Normais (assimétrica)” aplicou-se o teste de Mann-Whitney ou o de Kruskal-Wallis (mais de duas categorias estudadas);

No caso de percentuais, usou-se o teste de qui-quadrado. Se um dos “n’s” encontrados na tabela daquela variável for inferior a cinco usa-se o teste Exato de Fisher. Para avaliar a significância, calculou-se o intervalo de confiança do Odds Ratio (OR).

Aspectos éticos: a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado pelo protocolo n° 565/2009. Os sujeitos selecionados, após receberem informações e que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foram orientados a poder desistir da pesquisa em qualquer das suas fases, sem prejuízos ao seu atendimento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato aos integrantes da pesquisa.

## **Resultados**

A maioria da amostra foi composta por homens (57,6%), com idade média de  $43,4 \pm 11,8$  anos, solteiros (38,9%), com primeiro grau completo (57,1%), moradores de Florianópolis (61,0%) que não realizam trabalho remunerado (66,9%). Quanto à forma de transmissão do HIV, 66,9% dos sujeitos foram contaminados por meio de relação sexual, seguida da transmissão sanguínea através do uso de drogas injetáveis (27,9%), sendo que 87,8% são heterossexuais.

O score de adesão obtido através do CEAT-VIH teve como média  $71,0 \pm 8,0$ , e a maioria da amostra apresentou score de adesão baixo (62,2%) ou irregular (28,5%), sendo que apenas 9,3% tiveram adesão estrita.

Com relação aos aspectos clínicos, do total da amostra, 91% não fazem uso de medicação psiquiátrica e nem de outra medicação - 82,2%. A maioria realiza consulta com o médico em um intervalo de menos de 6 meses (88,8%). A média do tempo de infecção do HIV foi de 7,8 anos e do tempo de uso da terapia antirretroviral foi de 6,6 anos, variando ambas entre 3 meses e 23 anos.

**Tabela 1** - Associação de alguns aspectos clínicos e de acesso ao atendimento das pessoas com HIV/Aids com a adesão ao tratamento, Florianópolis, 2010.

	Escore de Adesão						Valor-p	OR (IC 95%)	
	adesão baixa/insuficiente		adesão insuficiente/regular		adesão estrita				
	n	taxa de adesão baixa	n	taxa de adesão regular	n	taxa de adesão estrita			
<b>Intervalo de consultas com o médico</b>							0,9154*		
< 6 meses	94	62,7%	43	28,7%	137	91,3%	13	8,7%	1,24 (0,26 a 5,97)
= 6 meses	11	57,9%	6	31,6%	17	89,5%	2	10,5%	1,00
<b>Intervalo de consultas com o enfermeiro</b>									
< 6 meses	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1,00
não faz.	104	61,9%	49	29,2%	153	91,1%	15	8,9%	3,30 (0,13 a 84,54)
<b>Encontra dificuldades pra marcar consultas?</b>									
SIM	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	0	0,0%	1,0000
NÃO	99	61,9%	46	28,8%	145	90,6%	15	9,4%	1,00
<b>Você tem outras doenças?</b>									<b>0,0213*</b>
SIM	41	75,9%	12	22,2%	53	98,1%	1	1,9%	7,20 (0,92 a 56,28)
NÃO	66	56,4%	37	31,6%	103	88,0%	14	12,0%	1,00
<b>Estas doenças atrapalham o seu tratamento?</b>									0,2691
SIM	16	84,2%	2	10,5%	18	94,7%	1	5,3%	0,46 (0,03 a 7,80)
NÃO	28	70,0%	11	27,5%	39	97,5%	1	2,5%	1,00
<b>Uso de Medicação psiquiátrica</b>									0,4202
SIM	11	78,6%	2	14,3%	13	92,9%	1	7,1%	1,27 (0,15 a 10,46)
NÃO	96	61,1%	47	29,9%	143	91,1%	14	8,9%	1,00
<b>Alguma outra medicação</b>									0,3008*
SIM	22	73,3%	7	23,3%	29	96,7%	1	3,3%	3,25 (0,41 a 25,70)
NÃO	83	59,7%	42	30,2%	125	89,9%	14	10,1%	1,00
<b>Uso de Bebida Alcoólica neste mês</b>									0,3051*
SIM	18	52,9%	11	32,4%	29	85,3%	5	14,7%	0,46 (0,15 a 1,46)
NÃO	87	64,4%	38	28,1%	125	92,6%	10	7,4%	1,00

teste exato de Fisher / \*teste de qui-quadrado

Foi observada associação significativa entre a presença de outras doenças e a adesão ( $p= 0.0213$ ). No entanto, devido a baixa frequência de pessoas com outras doenças e que tiveram adesão estrita, não foi possível determinar a magnitude do risco (OR não significativo)(tabela 1). Observou-se a maior taxa de adesão baixa e irregular nas pessoas com outras doenças (98,1%), sendo que a doença mais citada foi a Hepatite C (44,4%) seguida de Tuberculose (22,2%).

Apenas 37.3% da amostra relatam ter recebido algum tipo de informação sobre sua condição, sendo que a maior parte delas (60.3%) foi sobre o tratamento, e dispensada pelo profissional médico, conforme tabela 2.

Dentre os entrevistados 91,8% não utilizava medicação psiquiátrica, 82,2% não utilizava outras medicações além do ARV, 79,9% não fizeram uso de bebida alcoólica no último mês antes da entrevista, não mostrando então essas variáveis relação com a não adesão.



Grande parte da amostra não lembrava o nome do remédio que estava utilizando (92%), não utiliza estratégias para lembrar os horários de tomar os ARV (91,86%) e observa a presença de efeitos colaterais – com apenas 37,7% relatando esses efeitos como nada intensos.

## Discussão

O estudo revelou a associação significativa entre a presença de outras doenças e a adesão. As modificações no perfil da epidemia do HIV devido a queda da mortalidade e morbidade vêm determinando o convívio por mais tempo com agravos coexistentes, verifica-se um aumento das causas de morte associadas a eventos não relacionados diretamente à Aids, como por exemplo a coinfeção com hepatite B e C<sup>(2)</sup>.

Pessoas infectadas pelo HIV apresentam maior prevalência de HCV que a população geral. A influência da infecção pelo HIV sobre a infecção pelo HCV faz com que a viremia do HCV aumente, elevando o risco de transmissão. A infecção crônica pelo vírus C aumenta o risco de hepatotoxicidade dos antirretrovirais, dificultando o manejo da infecção do HIV. E na tuberculose, assim como outras infecção incluindo as não oportunistas e as imunizações, freqüentemente promove o fenômeno de transativação heteróloga do HIV, levando à elevação transitória da carga viral e diminuição da contagem de T-CD4+; é descrita em pessoas não infectadas com HIV e ocorre por ação direta do *M. tuberculosis*<sup>(18)</sup>. O estudo aponta que apenas 37,3% relatam ter recebido algum tipo de informação sobre sua condição. Desses, 60,3% relatam informação sobre o tratamento como, por exemplo, tomar as medicações. 90,5% identificam estas informações como vindas dos médicos, não identificando o restante da equipe multidisciplinar.

Durante o uso do ARV, os efeitos colaterais e metabólicos como náuseas, anorexia, cefaléia, alterações no paladar, mal estar, insônia, dislipidemia, risco cardiovascular, hipertensão arterial, síndrome metabólica, fenômenos tromboembólicos, diabetes mellitus, lipodistrofia, nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, efeitos neuropsiquiátricos e toxicidade mitocondrial podem estar presentes<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, os pacientes devem estar bem informados quanto a tais efeitos para procurarem os serviços de saúde a fim de amenizar e tratar a situação ao invés de simplesmente deixar de tomar a medicação.

A atuação profissional nesses momentos é relevante. Gir<sup>(19)</sup> conclui que o foco da má adesão centraliza-se nos efeitos colaterais incentivando a enfermagem enquanto membro da equipe interdisciplinar, avaliar o paciente considerando sua rotina diária,

hábitos de vida, para assim conhecer seu perfil biopsicossocial para então fornecer orientações específicas sobre a medicação e suas interferências ou benefícios com alimentação, sono-repouso e interações medicamentosas.

Acesso aos serviços de saúde são importantes neste sentido. Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde são aspectos fundamentais para as ações de adesão em HIV/Aids. Segundo as Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV/Aids <sup>(20)</sup>, esses princípios são: universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; integralidade do cuidado; equidade e superação de vulnerabilidades específicas; valorização da autonomia e da garantia de participação das pessoas que vivem com HIV/Aids na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento; trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde; articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou um manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids. Esse manual trouxe algumas diretrizes de atendimento ao paciente HIV bem como estratégias que promovem adesão. Um dos fatores abordados como facilitadores da adesão é o vínculo com os profissionais, a equipe e o serviço de saúde.<sup>(23)</sup>

No estudo, observamos que, embora os pacientes não tenham dificuldades para marcar as consultas eles relatam não obter informação, e além disso não caracterizam a equipe multidisciplinar no atendimento. É importante ressaltar que as demandas em saúde não se limitam às questões de ordem médica referem-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, os medos, manifestos ou latentes, vivenciados durante o atendimento<sup>(21)</sup>. Portanto, os aspectos biopsicossociais podem se constituir em demanda, em qualquer momento do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde.

Além dos médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, as equipes em HIV/Aids incluem farmacêuticos, nutricionistas, dentistas, além de diversos profissionais de nível médio. Os profissionais da farmácia também podem dar informações aos usuários sobre seus medicamentos, bem como informar à equipe de assistência sobre falhas na retirada ou problemas na administração da medicação, não só antirretroviral, mas também de outras doenças<sup>(22)</sup>.

Os trabalhos sobre tratamento com ARV têm confirmado a

relação positiva entre aderência e boa qualidade do cuidado, destacando-se a relação com os profissionais de saúde (percepção da competência do profissional; qualidade e clareza na comunicação; percepção de sentimento de compaixão; disposição dos profissionais em envolver os pacientes em decisões referentes ao tratamento; sentimento de apoio; satisfação com a equipe; informações adequadas do que se esperar com relação à duração e severidade dos efeitos colaterais) e a conveniência dos agendamentos e procedimentos<sup>(23,24)</sup>.

A compreensão desses aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para o seu manejo e superação. Vale ressaltar que, na prática cotidiana dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, difere de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva.

Reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde. Ditar normas e condutas, “receitas de bolo” ou aplicar pacotes prontos não têm se mostrado eficazes na prática<sup>(22)</sup>.

## **Conclusão**

Os resultados baixos de adesão à TARV encontrados nesse estudo são preocupantes devido a importância da adesão para um bom resultado no tratamento do HIV/Aids. Embora encontremos limitações no estudo, por se tratar da utilização de um instrumento auto-informe, pode-se aventar a possibilidade de equívocos nessas informações. Acreditamos que esse estudo mostra a necessidade de novas pesquisas relacionadas a adesão, como pesquisas que utilizem uma combinação de métodos para medir a adesão, utilizando dados que possam ser comparados, tais como: autorrelato, contagem de pílulas, registro de dispensação da farmácia, dispositivos eletrônicos, entre outros.

A utilização de autorrelato para medir a adesão, apresenta limitações, sendo indicada a utilização de mais um método para a medida com o objetivo de validar as informações relatadas considerando a subjetividade envolvida em estudos de autorrelato.

A complexidade da atenção às pessoas com HIV/Aids exige a ação interdisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. O registro no prontuário por todos os integrantes da equipe é outro requisito para o intercâmbio de informações, favorecendo o conhecimento interdisciplinar sobre a história do caso e as

intervenções realizadas pelos diferentes profissionais, viabilizando o acompanhamento médico e psicossocial.

Observamos que é fundamental refletirmos sobre a estruturação e a organização dos serviços oferecidos aos pacientes/usuários. Os pacientes entrevistados deixam evidente a falta de informação. Ressalta-se, diante da complexidade das questões envolvidas, que as equipes dos Serviços devem refletir sobre como lidam com a aderência, discutir novas formas de intervenção para construir uma linguagem comum, avaliando a qualidade da comunicação entre equipe e pacientes. Sabemos que existe um saber empírico comum sobre o tratamento na Aids, portanto, sem a troca de informação entre pacientes e profissionais não conseguiremos chegar em um senso comum.

Observamos então a necessidade de pesquisas de avaliação que mostrem o que efetivamente os serviços de referências fazem em relação a adesão das pessoas com HIV/Aids ao tratamento, considerando que é um processo dinâmico, multifatorial, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas.

No presente estudo, embora os pacientes relatem ter acesso ao serviço e a informação, esta não chega a eles de maneira satisfatória. Isso se torna um grande problema visto que a informação ainda é o meio mais eficaz de garantir um atendimento de qualidade, na era de terapias altamente eficazes no combate ao HIV/Aids. Dispor de profissionais capacitados e que possam dispende tempo para o atendimento individualizado às pessoas em terapia ARV é fator indispensável para o sucesso da tratamento, pois, jamais a relação de diálogo entre profissional e pessoa sob seus cuidados poderá ser substituída.

## **Referências**

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS. Relatório Mundial da Epidemia de AIDS 2010. Boletim Informativo. A epidemia da AIDS no mundo [internet]. [acesso em 20 dez 2010]. Disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo\\_Dados\\_Globais\\_UNAIDS\\_2010.pdf](http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para Terapia antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Valente AMM, Reis AF, Machado DM, Succi RCM, Chacra AR. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. Arq Bras Endocrinol Metab 2005;49(6):871-881.

4. Figueiredo RM. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 jul; 9(4):50-5
5. Souza OL. Adesão ao regime terapêutico em crianças infectadas pelo VIH/SIDA: revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem* 2005; 4 [acesso em 10 out 2010]. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169659.PDF>
6. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2305-2316.
7. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16(4):261-278.
8. Friedland GH, Williams A. Attaining higher goals in HIV treatment : the central importance of adherence. *AIDS* 1999; 13(1): S61-S72.
9. Patterson DL, Swindels S, Mohr JA. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine.* 2000; 133:21-30.
10. Nieuwkerk NP, Sprangers MAG, Burger DM, Hoetelmans RMW, Hugén PWH et al. Limited Patient Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection in an Observational Cohort Study. *Arch Intern Med.* 2001;161:1962-1968.
11. Martini M, D'Elia S, Paoletti F, Cargnel A, Adriani B, Carosi G et al. Adherence to HIV treatment: results from a 1-year follow-up study. *HIV Med* 2002; 3:62-4
12. Gomes RFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicadores da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(3): 495-506.
13. Milstein-Moscati I, Persano S, Castro LLC. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica . In: Castro LLC, organizadores. *Fundamentos da Farmacoepidemiologia.* São Paulo: AG Gráfica e Editora; 2000. p. 171-179.
14. Nemes MIB, Helena EST, Caraciolo JMM, Basso CRB. Avaliação da adesão do paciente ao tratamento de doenças crônicas: diferenciando

as abordagens epidemiológica e clínica. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (sup 3):S392-S400

15. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

16. Remor E, Moskovics JM, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):685-694.

17. Remor E. Manual Para La Evaluación de La Adhesión Al Tratamiento Antirretroviral em Personas Com Infección Por VIH y SIDA. BiblioPRO; 2009.

18. Goletti D. Effect of Mycobacterium tuberculosis on HIV replication. Role of immune activation. J Immunol 1996; 157(3):1271-8.

19. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/Aids assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(5):634-41

20. Ministério da Saúde (BR). 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: MS; 2007.

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: MS; 1997.

23. Ministério da Saúde (BR). 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; 2008.

24. Cox WM; Blount JP; Crowe PA; Singh SP. Diabetic patients' alcohol use and quality of life: relationships with prescribed treatment compliance among older males. Alcohol- Clin-Exp-Res.1996; 20(2): 327-31.

24. Holzemer WL, Inouye J, Brown MA, Powell GM, Corless IB, Turner JB et al. Psychological well-being and HIV adherence. In: 12th World AIDS Conference. Geneva; 1998.

25. Rocha GM, Bonolo PF, Ceccato MGB, Campos LN, Gomes

RRFM. Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Guimarães MDC; Acurcio FA; Machado CJ; Possas CA. (Org.). Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, que buscamos descrever a adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas com HIV/Aids atendidas em um serviço público estadual de referência em infectologia, foi possível identificar associações importantes das características sociodemográficas, clínicas e psicossociais dos sujeitos com a adesão ao tratamento antirretroviral.

Ao considerarmos a adesão à terapia antirretroviral como um processo dinâmico, multifatorial, compartilhado e corresponsabilizado entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, para que o indivíduo cumpra às recomendações dos profissionais da saúde no que diz respeito ao uso de medicamentos, seguimento de dietas e mudanças no estilo de vida, visando uma melhor qualidade de vida no viver com HIV/Aids, podemos identificar a complexidade e importância do problema.

Durante toda a elaboração do trabalho, conseguimos nos aproximar um pouco mais da realidade dessas pessoas e seus desafios em busca de um bem estar. Percebemos que há muitos fatores envolvidos no processo de adesão ao tratamento e descobri-los mostrou-se como a melhor forma de enfrentá-los, minimizando os riscos de um tratamento irregular ou mesmo do abandono da terapia.

A pesquisa é um aliado importante na adesão. Quanto mais evidente ela fica, mais singularizamos o indivíduo e mais nos aproximamos de sua realidade. Na trajetória deste trabalho, a adesão ao tratamento antirretroviral foi mais fortemente associada às variáveis sexo, escolaridade, forma de contaminação pelo HIV e a presença de outras doenças, além do HIV/Aids.

A adesão ao tratamento das pessoas com HIV/Aids encontrada no estudo foi insatisfatória, como baixa e irregular, trazendo alguns questionamentos quanto a novas estratégias de intervenção com esses pacientes. Lembramos que o uso de autorrelato para medir a adesão, embora seja o método mais utilizado para medir a adesão, pode trazer algumas contradições, pois, lidamos com a subjetividade do indivíduo que responde ao instrumento. Então vemos a importância da realização de novos estudos que utilizem a combinação de mais de um método de aferição.

Outro dado encontrado, que embora no estudo não tenha sido associado diretamente com a não adesão, o que não o torna menos importante, é o fato de a maioria dos usuários do serviço relatar não ter obtido informação sobre sua condição de saúde e das estratégias de

adesão ao tratamento. Como esse estudo não se tratou de um estudo de avaliação, não podemos afirmar que a informação não esteja sendo dada aos usuários do serviço pesquisado. No entanto, podemos afirmar que eles não identificam tal intervenção. Assim, a realização de pesquisas de avaliação que mostrem o que efetivamente os serviços de referência fazem em relação a adesão das pessoas com HIV/Aids ao tratamento são importantes,

Esse dado é de extrema importância visto que o conhecimento do indivíduo sobre o seu problema está diretamente ligado com o comprometimento efetivo da pessoa no seu autocuidado. Percebemos a importância de estratégias que atinjam tanto homens, quanto pessoas de baixa escolaridade, como possíveis usuários de drogas, respeitando suas escolhas e deixando de indicar tratamentos de forma impositiva, que muitas vezes não serão cumpridos. Implica sim em propor possibilidades reais para o indivíduo, de forma dialógica e negociada entre profissionais e pessoas com HIV/Aids.

A ação interdisciplinar da equipe se faz necessária nesse contexto, para que então haja uma reflexão sobre a estruturação e a organização dos Serviços, promovendo discussões sobre novas formas de intervenção junto a pessoa a qual será indicado o tratamento, pois, a adesão ao tratamento transcende a simples ingestão de medicamentos. Implica também no fortalecimento pessoal, no estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, no acesso à informação, no acompanhamento clínico-laboratorial para avaliar a efetividade do tratamento, na adequação do uso dos medicamentos aos hábitos cotidianos e de trabalho, no controle de efeitos adversos quando presentes e outras necessidades individuais. Perpassa em construir uma linguagem comum, com qualidade da comunicação entre equipe e pacientes no compartilhamento das decisões.

A implementação de um plano individual de adesão para os pacientes em terapia ARV, considerando a individualidade e singularidade, elaborado no processo dialógico entre equipe multiprofissional e paciente, pode ser uma estratégia mobilizadora para a adesão ao tratamento.

Almeja-se um cuidado de qualidade, com profissionais preparados e capacitados, não apenas para acompanhar a evolução da indústria farmacêutica no desenvolvimento de terapias altamente eficazes no combate do HIV/Aids, mas também realizando ações que promovam a adesão a essa terapia, visto que sem ela, o tratamento se tornará falho, com relevantes repercussões individuais e coletivas/sociais.

Neste sentido, o profissional enfermeiro dentro de suas atribuições e como membro da equipe multiprofissional, tem a possibilidade de buscar e implementar tais estratégias nas suas práticas de cuidado junto a pessoas com HIV/Aids em tratamento ARV, para que assim, possa atingir o seu objetivo, que é cuidar com enfoque integral, considerando a singularidade e a complexidade do processo, tornando a informação acessível e compreensível a todos.



## REFERÊNCIAS

- ADHERENCE to new HIV therapies: a research conference. Conference Report. Washington, D.C; November 1997.
- ALENCAR, T.M.D. de; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da “Aids aguda” para a “Aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p 1841-1849, 2008.
- BAER M.; ROBERTS J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. **Can Psychol.**, v. 43, p. 115-21, 2002.
- BAER M.; ROBERTS J.; Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. **Can Psychol.**, v. 43, p. 115-21, 2002.
- BANGSBERG, D R. et al . Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load and development of drug resistance in an indigent population. **AIDS**, v.14, p.357-366, 2000.
- BARRÉ-SINOUSSE, F.; CHERMANN, I.C.; REY, F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (Aids). **Science**, Washington, v. 220, p. 868-869, 1983.
- BARTLETT, J. G.; GALLANT, J. E. **Tratamento clínico da infecção pelo HIV**. Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins. Baltimore, Maryland: Viterbo's, 2002.
- BASÍLICO de O. C.A. **Infecções oportunistas pulmonares em necropsias, na síndrome da imunodeficiência adquirida**. Memória. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1997.
- BASÍLICO de O, C.A. **Introdução do Atlas da Patologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids/ HIV)**. 2004.
- BLATT, Carine Raquel et al. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 2, p. 131-136, mar-abr. 2009.
- BONOLO, P. F. et al. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among hiv patients, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2603-13, 2008.

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: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DST-AIDS e Hepatites virais**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/> Acesso em: 15 agosto 2010.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico Aids**. DST. Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. 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, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 244p.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=144779>> Acesso em: 23 janeiro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Qual a origem da epidemia de HIV/AIDS?** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/livro/c101.htm>> Acesso em: 22 abril 2009

BRAWLEY, I. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, p. 156s-163s, 2000.

BYRNE, M. Achieving adherence with antiretroviral medications for pediatric HIV disease. **AIDS Reader**, 12, p.151-164. 2002

CAMPANELLA, N. **Medicamentos antirretrovirais e combinações disponíveis**. Luanda-Angola: OMS, 2008.

CARVALHO, C.V.et al. Determinantes da aderência à terapia

antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 593-604, 2003.

CASTRO E.K.; REMOR E.A. Aspectos psicossociais e HIV/Aids: um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. **Psicol Refl Crit.**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2004.

COLOMBRINI, Maria Rosa C., LOPES, Maria Helena B. De M., FIGUEIREDO, Rosely M. de. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 576-581, 2006.

FIGUEIREDO, R.M.de. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 50-55, 2001.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, 2007.

GALLO, R.C.; SALAHUDDIN S.; POPOVIC, M. et al. Frequent detection and isolation of citopathic retrovirus (HTLV-III) from patients with Aids and at risk for Aids. **Science**, Washington, v. 224, p. 500-504, 1984.

GOMES, R. de F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicadores da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 495-506, mar. 2009.

GROSS, R, YIP, B, LO, Re 3rd V, WOOD, E, ALEXANDER, C.S, HARRIGAN, P.R. et al. A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. **J Infect Dis**, v. 194, p. 1108-14, 2006.

GUARINIERI, M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. **J Acquir Imune Defic Syndr**, v. 31, p. 167-9, 2002.

HAYNES, R. B.; MCKIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. **The Lancet** , v. 348, p. 383- 386, 1996.

HECHET F.M. Avaliação da aderência ao tratamento do HIV na prática clínica. **AIDS Clinical Care**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 1998.

HINRICHSEN, S. L et al. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JEFFRIES, D. Virological aspects of Aids. **Clinical Immunology Allergy**, v. 6, p. 627-644, 1986.

KALICHMAN, S.C.; SIMBAYI, L. Traditional beliefs about the cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. **AIDS CARE**, v. 16, n. 5, p. 572-580, 2004.

KATKO, E. Assessment of adherence with medications in human immunodeficiency virusinfected children. **Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 20, n. 12, p. 174-176, 2001.

KIMBERLIN, D.W. Antiviral therapies in children: has their time arrived? **Pediatric Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 854-859, 2005.

LACAZ, C.A.; MARTINS, J.E.C.; MARTINS E.L. **Aids/Sida**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1990.

LEITE JCC, Drachler ML, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VL. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão a tratamento antirretroviral. **Psicol Reflex Crít**, v. 15, p. 121-31, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.DA.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, 775-782, 2003.

MACHADO, A. R. L.; FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; Antivirais. In: **Farmacologia Clínica**. Fundamentos da terapêutica racional. 2. ed..Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1998.

MARINS, J.R.P. Conhecendo a Aids. In: BONIFÁCIO, R. **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MCNABB, J. Adherence to highly active antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic. **Clinical Infectious Diseases**, v. 33, p.700-705, 2001.

MELCHIOR, R. et al. Challenges of treatment adherence by people living with HIV/Aids in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 2, 2007.

METTRAU, Emilia S. **A dispensação de Anti-retrovirais em Florianópolis**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, Policlínica

de Referência, 2009.

MURPHY, D.A. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virusinfected adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, n. 157, p.249-255, 2003.

NEMES, M. I. B.; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M. F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **Aids**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 15-20, 2004.

OLIVEIRA, C.A.B. de. **Atlas de Patologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids/HIV)**. São Paulo: Atheneu, 2004.

PATTERSON, D.L.; SWINDELS, S.; MOHR, J.A. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Annals of Internal Medicine**, v. 133, p. 21-30, 2000.

PINHEIRO, C.A.T. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/Aids patients: a crosssectional study in Southern Brazil. **Braz J Med Biol Res**, v. 35, p. 1173-81, 2002.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem- Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

REIS, A.C. et al. Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovirico – VIH (CEATH-VIH). **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, 175-191, 2009.

REMOR, E. et al. Perceived Stress is Associated with CD4+ Cell Decline in Men add Women Living with HIV/Aids in Spain. **AIDS Care**, v. 19, n. 2, p. 215-219, 2007.

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

REMOR, E. **Manual Para La Evaluación de La Adhesión Al Tratamiento Antirretroviral Em Personas Com Infección Por VIH y SIDA**. BiblioPRO, 2009.

REMOR, E. MOSKOVICS, J.M.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-94, 2007.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en

pacientes VIH+. **Psicothema**, v. 14, n. 2, p. 262-267, 2002.

REQUEJO, H. I. Z. Epidemiologia molecular do HIV no mundo. **Rev de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2006.

SANTA, CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Hospitais**: Nereu Ramos. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/> Acesso em: 15 novembro 2009.

SCAFF, I.C. **Adesão de pacientes HIV - soropositivos aos antirretrovirais**: inquérito epidemiológico em Cuiabá. Dissertação (Mestrado). Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, 2002

SEIDL, E.M.F. et al. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2305-2316, out. 2007.

SEIDL, E.M.F.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out. 2007.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B. T. ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida estratégica de enfrentamento. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 17, p. 225-34, 2001.

SETHI, A.K. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. **Clin Infect Dis**, v. 37, p. 1112-1118, 2003.

SINGH, N.SQUIER, C. SIVEK, C. WADENER, M. HONG, NYGUYEN, M, YU. V.L. Determinants of compliance therapy in patients with human immunodeficiency vírus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. **AIDS Cara**: 1999

SOUZA, O.L. Adesão ao regime terapêutico em crianças infectadas pelo VIH/SIDA: revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 2005

TAFUR-VALDERRAMA, E. et al. Adaptacion Del “Cuestionario de Evaluacion de La Adhesion al Tratamiento Antirretroviral”(CEATH-VIH) para su uso em Peru. **ARS Pharmaceutica**, v. 49, n. 3, p. 183-198, 2008.

TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E.; **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo.**

São Paulo: 2000.

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Relatório Mundial da Epidemia de AIDS 2010**. Boletim Informativo. A epidemia da AIDS no mundo Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo\\_Dados\\_Globais\\_UNAIDS\\_2010.pdf](http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf)> Acesso em: 20 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. **Report on the Global AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2008.

VALENTE, Angélica M.M., REIS, André F., MACHADO, Daisy M. et al. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 6, p. 871-881, 2005.

VALENTE, Angélica M.M., REIS, André F., MACHADO, Daisy M., SUCCI, Regina C.M., CHACRA, Antonio R. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 6, p. 871-881, 2005.

WORDL HEALTH ORGANIZATION. **“Chronic conditions: the global burden”**and **“Chronic Diseases”**. Disponível em: [www.who.int/chronic\\_conditions/burden/en/index.html](http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.html). Acesso em: 14 outubro 2009.

WU, A.W.; AMMASSARI, A.; ANTINORI, A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? **J Acquir Imune Defic Syndr**, v. 31, p. 95-7, 2002.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A

Nº \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR** \_\_\_\_\_

**NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO** \_\_\_\_\_

Dados Sociodemográficos e outras informações relevantes perguntadas ao paciente e compiladas do prontuário.

- 1) SEXO**
- 1) HOMEM
- 2) MULHER

**2) IDADE** \_\_\_\_\_ ANOS

- 3) ESTADO MARITAL**
- 1) SOLTEIRO
- 2) CASADO
- 3) UNIÃO CONSENSUAL
- 4) SEPARADO
- 5) DIVORCIADO
- 6) VIÚVO

- 4) ESCOLARIDADE**
- 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) PÓS-GRADUAÇÃO

**5) LOCAL ONDE MORA:** BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

- 6) EXERCE TRABALHO REMUNERADO?**
- 1) SIM
- 2) NÃO

**7) QUAL SUA PREFERÊNCIA SEXUAL?**

- 1) HETEROSSEXUAL
- 2) HOMOSSEXUAL
- 3) BISSEXUAL
- 4) OUTROS

**8) COMO VOCÊ ADQUIRIU O HIV?**

- 1) RELAÇÃO SEXUAL
- 2) USO DE DROGAS INJETÁVEIS
- 3) TRANSFUSÃO SANGUÍNEA
- 4) NÃO SABE
- 5) OUTROS

**9) FAZ USO DE MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA?** (conferir também no prontuário)

- 1) SIM
- 2) NÃO

**10) TOMA ALGUMA OUTRA MEDICAÇÃO?** (conferir também no prontuário)

- 1) SIM
  - 2) NÃO
- QUAIS?
- 

**11) FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA NESSE ÚLTIMO MÊS?**

- 1) SIM
- 2) NÃO

**12) QUAL O INTERVALO EM MESES DE SUAS CONSULTAS?  
COM O MÉDICO**

---

**COM O ENFERMEIRO**

---

**13) VOCÊ ENCONTRA DIFICULDADES PARA MARCAR  
CONSULTAS?**

- 1) SIM
- 2) NÃO

**14) VOCÊ RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE SEU TRATAMENTO?**

- 1) SIM   
2) NÃO  (pule para questão 17)

**15) QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES?** \_\_\_\_\_

**16) QUAL O TIPO DE INFORMAÇÃO?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17) POSSUI REDE DE SUPORTE QUE LHE AJUDA A ENFRENTAR A DOENÇA? (FAMÍLIA, AMIGOS, COMUNIDADE...)**

- 1) SIM   
2) NÃO   
QUEM? \_\_\_\_\_

**18) VOCÊ TEM OUTRAS DOENÇAS?**

- 1) SIM   
2) NÃO   
QUAIS? \_\_\_\_\_

**19) ESTAS DOENÇAS ATRAPALHAM O SEU TRATAMENTO?**

- 1) SIM   
2) NÃO   
COMO? \_\_\_\_\_

**20) VOCÊ POSSUI DIFICULDADE AUDITIVA?**

- 1) SIM   
2) NÃO

**21) CÉLULAS CD4+ por mm<sup>3</sup>** \_\_\_\_\_ (dado copiado diretamente do prontuário)

**22) CARGA VIRAL PLASMÁTICA** \_\_\_\_\_ (dado

copiado diretamente do prontuário)

**23) MEDICAÇÃO ANTIRRETROVIRAL** (dado copiado diretamente do prontuário)

---

**24) NÚMERO DE COMPRIMIDOS ANTIRRETROVIRAIS TOMADOS AO DIA** \_\_\_\_\_ (dado copiado diretamente do prontuário)

**25) POSOLOGIA** \_\_\_\_\_ (dado copiado diretamente do prontuário)

**26) A QUANTO TEMPO FAZ USO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL(EM MESES)** \_\_\_\_\_ (dado copiado diretamente do prontuário)

**27) TEMPO DE INFECÇÃO PELO HIV (EM ANOS)**  
\_\_\_\_\_  
(dado copiado diretamente do prontuário)

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº \_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é *Suelen Goulart*, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo, sob orientação da Profa. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles, a pesquisa: “Padrão de Adesão ao Regime Terapêutico Antirretroviral por Pessoas com HIV/Aids em um Centro de Referência Em Infectologia”.

Esse estudo tem como objetivo avaliar o quanto os pacientes infectados por HIV/Aids conseguem tomar a medicação antirretroviral prescrita e identificar seus fatores associados. Esta pesquisa pode auxiliar na avaliação da qualidade da assistência ambulatorial prestada aos pacientes, bem como possíveis fatores associados com a não adesão do paciente à terapia antirretroviral.

A participação não trará riscos a sua pessoa, mas sim poderá contribuir no melhor suporte às pessoas em uso de medicações antirretrovirais.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração por meio do preenchimento de um questionário sobre a temática e autorização do uso de dados de seu prontuário sobre: o tempo de infecção pelo HIV; medicação antirretroviral a qual faz uso; número de comprimidos tomados ao dia; frequência; valor dos linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática. Ressaltamos que não haverá prejuízo algum na sua assistência caso você não queira participar da pesquisa ou desista de participar após seu início.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, a qualquer momento de seu desenvolvimento, ou quiser desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, através do telefone (48) 3721.9480 - 3721.9399 ou por endereço eletrônico: [betinahsm@ig.com.br](mailto:betinahsm@ig.com.br), sem que haja obrigação de esclarecimentos ou prejuízo ao seu atendimento. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, mantidas em anonimato e serão utilizadas em minha dissertação de mestrado, bem como publicações

dos resultados em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

---

Suelen Goulart  
Pesquisadora

---

Betina H. S. Meirelles  
Orientadora

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, ....., fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “*O padrão de adesão ao regime terapêutico de portadores de HIV/Aids fazendo uso de terapia antirretroviral em um centro de referência em Santa Catarina*” e concordo que meus dados sejam utilizados em sua realização.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**



**ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DA  
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL (CEAT-VIH,  
VERSÃO EM PORTUGUÊS [BRASIL])**

Nº \_\_\_\_\_

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral  
(CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])

Instruções: Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação atual e sobre seu tratamento. As informações que você proporcionar serão estritamente confidenciais. Por favor, responda a todas as perguntas pessoalmente. Marque a opção que melhor se adequa ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” nem “erradas”.

Durante a última semana	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Algum a vez	Nenhuma vez
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?					

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?

\_\_\_\_\_

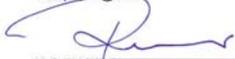


## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO

Version 3.0 (2009)

Version 3.0 (2009)

El autor propietario del  
copyright:



Firmado:

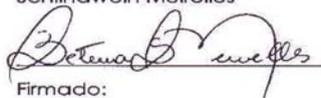
**Prof. Dr. Eduardo Remor**

Institución:

**Universidad Autónoma de  
Madrid**

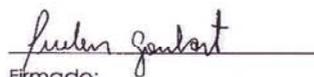
Fecha: 24 de 09 de 2009

Solicitante: Profa. Dra. Betina H  
Schlindwein Meirelles



Firmado:

Solicitante: Enfa. Mda. Sueler  
Goulart



Firmado:

Institución: UFSC – Programa de  
Pós-Graduação em  
Enfermagem

Fecha 24 de setembro de 2009.

A este documento debe adjuntarse un resumen del protocolo d  
estudio: **Padrão de adesão ao regime terapêutico de pessoas co  
HIV/Aids em uso de terapia anti-retroviral em um centro de referênci  
em Santa Catarina.**



## ANEXO C

Instrucciones para codificación de las respuestas

Items	Opciones de respuesta y puntos correspondientes
1, 2, 3 y 4	Siempre = 1 punto Mas de la mitad de la veces = 2 puntos Aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos Alguna vez = 4 puntos En ninguna ocasion = 5 puntos
5	No recuerda ninguno = 0 puntos Recuerda la mitad = 1 punto Recuerda todos = 2 puntos Para puntuar estas repuestas se debe comprobar en el prontuário medico del paciente si las respuesta han sido correctas. No se quitan puntos por errores de ortografia.
6	Mala = 1 punto Algo mala = 2 puntos Regular = 3 puntos Mejorable = 4 puntos Buena = 5 puntos
7	Nada = 5 puntos Poco = 4 puntos Regular = 3 puntos Bastante = 2 puntos Mucho = 1 punto
8, 9, 10 y 11	Nada = 1 puntos Poco = 2 puntos Regular = 3 puntos Bastante = 4 puntos Mucho = 5 punto
12 y 13	No, nunca = 1 punto Si, alguna vez = 2 puntos Si, aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos

Si, bastantes veces = 4 puntos  
 Si, siempre = 5 puntos

---

14	Muy insatisfecho = 1 punto Insatisfecho = 2 puntos Indiferente = 3 puntos Satisfecho = 4 puntos Muy satisfecho = 5 puntos
15	Muy intensos = 1 punto Intensos = 2 puntos Medianamente intensos = 3 puntos Poco intensos = 4 puntos Nada intensos = 5 puntos
16	Mucho tiempo = 1 punto Bastante tiempo = 2 puntos Regular = 3 puntos Poco tiempo = 4 puntos Nada de tiempo = 5 puntos
17	Nada cumplidor = 1 punto Poco cumplidor = 2 puntos Regular = 3 puntos Bastante = 4 puntos Muy cumplidor = 5 puntos
18	Mucha dificultad = 1 punto Bastante dificultad = 2 puntos Regular = 3 puntos Poca dificultad = 4 puntos Nada de dificultad = 5 puntos
19	Si = 0 puntos No = 1 punto Si el examinando responde 'Si' tiene la opcion de decir el numero de dias de omision de la toma, esta respuesta tiene caracter cualitativo y puede ser util para la intervencion clinica, no obstante no se tiene em cuenta para la puntuacion del cuestionario.
20	Si = 1 punto

---

No = 0 puntos

Si el examinando responde 'Si' tiene la opción de decir que estrategias ha empleado, esta respuesta tiene carácter cualitativo y puede ser útil para la intervención clínica, no obstante no se tiene en cuenta para la puntuación del cuestionario.

---



## ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 565

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 5584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP:

APROVADO

PROCESSO: 565 FR: 305555

TÍTULO: PADRÃO DE ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO ANTIRETROVIRAL POR PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM VIMPECTORGGIA

AUTOR: Irlina Hovner Schimidttein Abreilles, Suelen Godard

FLORIANÓPOLIS, 14 de Dezembro de 2009.

Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza  
 Coordenador do CEP/PRPe/UFSC



## ANEXO E – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

#### Escopo e política

**Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)** publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

#### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### **1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

**1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1

ilustração);

**1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

## 2. Normas para envio de artigos

**2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

**2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

#### **4. Fontes de financiamento**

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **5. Conflito de interesses**

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### **6. Colaboradores**

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem

basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. Agradecimentos

**7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

## 8. Referências

**8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote<sup>®</sup>), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

**9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **11. Processo de submissão online**

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.2** Inicialmente o autor deve entrar no sistema

**SAGAS**. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível:

<http://decs.bvs.br/>.

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de

resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito,

dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18 Tabelas.** As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19 Figuras.** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial** e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial** e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos

das figuras.

**12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [msp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:msp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. Envio de novas versões do artigo**

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### **15. Prova de prelo**

**15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader<sup>®</sup>. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações

devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

---



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508  
Fax: +55 21 2598-2737 / 2598-2514



[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

## ANEXO F – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

### **Instruções para preparação e submissão dos manuscritos**

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

#### **Missão da Revista**

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

#### **Política editorial**

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao

editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

### **Processo de julgamento**

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a

aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

## **Submissão**

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae))
- formulário individual de declarações (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae))
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

## **Publicação**

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

### **Registro de ensaios clínicos**

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

## **Política de arquivamento dos manuscritos**

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

## **Erratas**

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

## **Categorias de artigos**

### *Artigos originais*

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

### *Revisão sistemática*

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

### *Revisão integrativa*

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor

consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

### *Cartas ao Editor*

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

### **Estrutura do manuscrito**

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e

importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

### **Autoria**

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção

Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

## **Preparo dos manuscritos**

### **PERIÓDICOS**

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo

- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
  
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
  
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
  
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

### **Arquivo do artigo**

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

### **Documentação obrigatória**

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
  
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado

(download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae));  
Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato  
JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela  
submissão (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)).

### **Formatação obrigatória**

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡
- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no

conjunto.

- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.

- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.

- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.

- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).

- *Citações ipsiss litteres* usar apenas aspas, na sequência do texto.

- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.

- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.