

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

KAMILA TESSAROLO VELAME

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO**

VITÓRIA

2017

KAMILA TESSAROLO VELAME

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas.

Orientador: Prof. Dr. Crispim Cerutti Junior

VITÓRIA
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

Velame, Kamila Tessarolo, 1989 -

Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral em serviço
de atendimento especializado / Kamila Tessarolo Velame – 2017.

71 f. : il.

Orientador: Crispim Cerutti Junior.

Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas) – Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. HIV. 2. Antirretrovirais. 3. Terapêutica. I. Cerutti Junior, Crispim.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.
IV. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

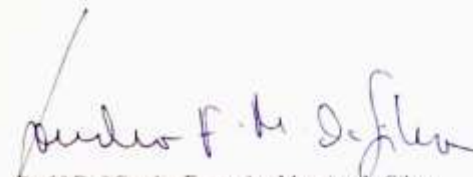
PARECER ÚNICO DA COMISSÃO JULGADORA DE
DISSERTAÇÃO DE Mestrado

A mestranda KAMILA TESSAROLO VELAME apresentou a dissertação intitulada "FATORES RELACIONADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO" em sessão pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas, do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Considerando a apresentação oral dos resultados, a qualidade e relevância dos mesmos, a Comissão Examinadora decidiu (X) **aprovar** () **reprovar** a dissertação para habilitar a enfermeira KAMILA TESSAROLO VELAME a obter o Grau de MESTRE EM DOENÇAS INFECCIOSAS.

Vitória, ES, 28 de março de 2017.


Prof. Dr. Aloísio Falqueto
(Membro Interno)


Prof.ª Dr.ª Sandra Fagundes Moreira da Silva
(Membro Externo)


Prof. Dr. Crispim Cerutti Junior
(Orientador)

Ao meu avô Dilceu Renaldi Tessarolo (*in memoriam*), por ser meu exemplo de vida.

Saudoso Dilceu Tessarolo

(...)

Ele partiu, a humanidade chora,

Fica a terna lembrança,

Do farmacêutico de outrora,

Que tínhamos a maior confiança.

Edith, como me lembro nitidamente,

Daquela casa imponente, hoje fechada.

Onde Dilceu atendia carinhosamente

As pessoas doentes, necessitadas.

Quantas noites pelo interior,

Dilceu rompia a escuridão.

Levando remédios e palavras de amor

Aos doentes, sem cobrar um tostão.

Homem de alta personalidade,

Lenitivo dos humildes doentes.

Espelho de todas as virtudes,

E profissional muito competente.

Portador de grande empatia,

Fonte de amor e piedade.

Pleno de fé e estesia

Pai amoroso, de suma responsabilidade.

Confesso, pela luz que ilumina,

O altar de Cristo Redentor,

Não era formado em Medicina,

Mas tratava como habilidoso doutor.

Tinha somente curso médio,

Foi um autêntico autodidata.

Todavia, acertou os remédios.

Era considerado o médico da região,

Que nasceu em Demétrio Nunes Ribeiro.

Um grande exemplo de cristão

Que salvou vidas sem visar dinheiro.

Amigos, a vida é simplesmente passageira.

Estamos aqui cumprindo uma missão.

Lino Baroni

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Crispim Cerutti Junior, por ter acreditado em meu potencial. A este devo a confiança e a paciência por ter respeitado as minhas limitações. Muito obrigada por transmitir tanto conhecimento com tranquilidade, o que permitiu que tudo fosse compreendido com clareza.

Ao Dr. Aloisio Falqueto, sou grata pelas observações e apreciações certeiras no exame de qualificação.

À Dra. Sandra Fagundes Moreira-Silva pela atenção e oportunidade em fazer a pesquisa no Serviço de Infectologia do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória.

À Enfermeira Cristina Ribeiro Macedo, por ter me auxiliado nas buscas aos prontuários no Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória.

Ao Enfermeiro Lauer Marinho Sardenberg e toda a equipe pelo acolhimento e disponibilidade em ajudar. Também, por ter permitido que a pesquisa fosse realizada com êxito no Centro de Referência em DST/aids do município de Vitória-ES.

A minha eterna professora Maria Carlota de Rezende Coelho, por ser exemplo no meio acadêmico e profissional. Eterna gratidão a quem devo a primeira faísca que culminou na paixão pela verdadeira Epidemiologia durante a graduação. Obrigada pelos conselhos e por ter me dirigido palavras encorajadoras que me incentivaram a prosseguir.

A Solange Drumond Lanna, Jacira dos Anjos Pereira e Márcia pela oportunidade de ter aprendido tanto no Núcleo de Prevenção à Violência – NUPREVI e por serem profissionais de competência incomensurável.

A meus avós, Edith e Dilceu (in memoriam), por serem o meu exemplo de vida e amor. Por toda a dedicação a mim e aos meus irmãos e por zelarem por nós. Minha eterna gratidão aos seres humanos mais extraordinários que já conheci na vida.

A minha mãe Fátima, por nunca ter medido esforços para satisfazer as nossas vontades (minhas e dos meus irmãos) e por sempre me incentivar na caminhada, independentemente de qualquer coisa.

A meu irmão Leonardo meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre confiou em mim e teve orgulho.

A meus amigos, por terem me dado apoio e atenção nos momentos mais difíceis nessa caminhada e pelo cuidado quando mais precisei.

Certamente, a contribuição de outras vozes é, desde já, bem-vinda, assim como bem oportuna foi a contribuição de todos os parceiros – e a palavra nem de longe traduz aqui favoritismos – que se manifestaram, quer anonimamente, como foi o caso dos pacientes, quer em situação de protagonismo.

"Vivo minha vida em círculos cada vez maiores que se estendem sobre as coisas. Talvez não possa acabar o último, mas quero tentar."
*Rainer Maria Rilke

RESUMO

Introdução: A adesão é uma das variáveis principais nas quais os serviços de saúde podem interferir para aumentar a eficácia do tratamento. Diversos fatores podem contribuir para uma boa adesão ou garantir uma adesão adequada. **Objetivo:** Verificar os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral e os fatores associados a ela. **Método:** Estudo descritivo de delineamento transversal baseado em levantamento de prontuários. Para tanto, foi utilizado um questionário composto de informações sociodemográficas e clínicas de pacientes com idade entre 13 e 59 anos atendidos em um serviço de atendimento especializado nos anos de 2007 a 2014. Foi realizado o teste do Qui-quadrado para verificar a associação do desfecho com as variáveis categóricas. As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste t de “Student” (dois grupos). **Resultados:** Treze variáveis foram analisadas no modelo bivariado, sendo elas: sexo ($p=0,63$), idade ($p=0,14$), idade de descoberta ($p=0,12$), cor da pele ($p=0,12$), estado civil ($p=0,4$), escolaridade ($p=0,03$), ocupação 1 ($p=0,8$), ocupação 2 ($0,35$), fonte de infecção ($p=0,21$), tempo de diagnóstico do HIV – meses ($p<0,001$), caso de aids ($p<0,001$), carga viral ($p=0,04$) e história prévia de infecção oportunista ($p=0,9$). Das treze variáveis analisadas no modelo bivariado, seis foram selecionadas para o modelo multivariado ($p<0,20$): idade de descoberta ($p=0,12$), idade ($p=0,14$), cor da pele ($p=0,12$), escolaridade ($p=0,03$), tempo de diagnóstico do HIV ($p<0,001$) e caso de aids ($p<0,001$). Das seis variáveis selecionadas para o modelo multivariado, permaneceu significativo o fato de o paciente ter aids ($p<0,001$). **Conclusão:** Ter aids reduz a probabilidade de não adesão ao tratamento antirretroviral em cerca de 92%. Os resultados indicam que o indivíduo que é sintomático adere melhor à terapia.

Palavras-chave: HIV. Antirretrovirais. Terapêutica.

ABSTRACT

Introduction: Compliance is one of the main variables in which the health services may intervene in order to increase the treatment efficacy. Several factors can contribute to a better compliance or guarantee its adequacy. **Objective:** Verify the level of compliance to the antiretroviral treatment and its associated factors. **Method:** Descriptive study of cross-sectional design based on data retrieved from medical records. To achieve the objective, it was used a questionnaire composed of socialdemographic and clinical informations recorded from patients aged between thirteen and fifty-nine years attended in a specialized attendance service comprising the period from 2007 to 2014. Chi-square test was performed to verify the association of the outcome with the categorical variables. Continuous variables were compared through the "Student" t test. **Results:** Thirteen variables were analyzed in the bivariate model, being: sex ($p=0.63$), age ($p=0.14$), age of discovery ($p=0.12$), skin color ($p=0.03$), marital status ($p=0.4$), level of education ($p=0.03$), occupation 1 ($p=0.8$), occupation 2 ($p=0.35$), way of infection ($p=0.21$), time since HIV diagnosis ($p<0.001$), AIDS case ($p<0.001$), viral load ($p=0.04$), previous history of opportunistic infection ($p=0.9$). From the thirteen variables analyzed in the bivariate model, six were selected for the multivariate model ($p<0.20$): age of discovery ($p=0.12$), age ($p=0.14$), skin color ($p=0.12$), level of education ($p=0.03$), time since HIV diagnosis ($p<0.001$) and AIDS case ($p<0.001$). Among the six variables selected for the multivariate model, it remained significant being a case of aids ($p<0.001$). **Conclusion:** Having aids decreases the probability of non-compliance to the antiretroviral treatment by 92%. These results indicate that a symptomatic subject has a better compliance to the therapy.

Key words: HIV. Anti-retroviral Agents. Therapeutics.

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de detecção em jovens entre 15 e 24 anos (por 100 mil habitantes).	21
Figura 2 – Distribuição percentual dos casos de aids em homens com 13 anos ou mais por Categoria de Exposição (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.	22
Figura 3 – Mapa geográfico da Região Sudeste do Brasil.	24
Figura 4 – Taxa de detecção de aids em adolescentes entre 15 e 24 anos (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.	25
Figura 5 – Taxa de detecção de aids por transmissão vertical (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.....	25
Figura 6 – Taxa de mortes por aids no Brasil entre 1990-1999.....	27
Figura 7 – Taxa de sobrevivida comparada entre os esquemas mono/duplo e triplo. .	28

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.	41
Tabela 2 – Resultado da análise por regressão logística das variáveis com valor p menor que 0,2 após análise bivariada das características de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

ARV – Antirretrovirais

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

FDA - Food and Drug Administration

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HSH – Homem que faz Sexo com Homem

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IP – Inibidores de Protease

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITRN – Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos

ITRNN – Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONG's – Organizações Não Governamentais

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/WHO

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.2 BREVE HISTÓRIA DA AIDS	14
1.3 EPIDEMIOLOGIA HIV/aids.....	17
1.3.1 No mundo	17
1.3.2 No Brasil	19
1.3.3 No estado do Espírito Santo	23
1.4 O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL	26
1.5 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL	31
1.6 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
2 JUSTIFICATIVA	36
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL.....	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	38
4.3 CENÁRIO DE ESTUDO	38
4.4 AMOSTRA.....	38
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	39
4.6 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE I – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/UFES	
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
ANEXO III – TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE	

INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O surgimento da terapia antirretroviral (TARV) ocorreu a partir da década de 1990, resultando em aumento na taxa de sobrevivência. Hoje, o termo “sobrevivência” não é mais utilizado porque a TARV eliminou a perspectiva de morte em curto prazo pela doença, garantindo expectativa de vida semelhante àquela dos não infectados desde que seja obtida uma correta adesão medicamentosa. Além disso, ocorreram grandes alterações no perfil epidemiológico da população acometida¹.

O Brasil foi pioneiro ao adotar uma política pública de acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral, até mesmo no plano internacional. No ano de 1996, foi instituída no Brasil a terapia antirretroviral de alta eficácia, que atingiu seu maior êxito com a adoção do regime de três medicações antirretrovirais (terapia tríplice)². O acesso universal aos medicamentos no Brasil propiciou a mudança na característica da aids, de um agravo de alta letalidade para uma doença crônica controlável³.

A promoção na qualidade de vida proporcionada pelo acesso universal à terapia medicamentosa é evidenciada por dados estatísticos reproduzidos pelo Relatório Global do *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/WHO* (UNAIDS) (2013), que comprovou um declínio significativo na mortalidade por aids, não só no Brasil, mas em todos os outros países⁴. No ano de 2005, aproximadamente 2,3 milhões de pessoas acometidas pela aids foram a óbito. Em 2013, em um cenário modificado, houve uma redução de 800.000 óbitos⁵.

No ano de 2015, a UNAIDS estabeleceu metas ambiciosas a respeito do vírus da imunodeficiência humana (HIV) mediante um protocolo que visa a traçar novos rumos para o tratamento da infecção pelo vírus. As metas para 2020 incluem o conhecimento de sua situação como soropositivos por 90% de todas as pessoas vivendo com HIV, a TARV ininterrupta para 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada e a supressão viral para 90% de todas as pessoas recebendo TARV⁶.

Atualmente, no Brasil, estima-se que 83% dos infectados conhecem seu diagnóstico, 62% estão em tratamento médico, 88% têm a carga viral indetectável. Mediante a esse fato, para que a meta estabelecida pela UNAIDS seja atingida, é necessário que

haja persistência no acompanhamento médico por parte dos acometidos pela doença⁷.

A adesão é notoriamente uma das variáveis principais nas quais os serviços de saúde podem interferir para aumentar a eficácia do tratamento, especialmente auxiliando o paciente a superar certas dificuldades que podem aparecer no início da terapia⁸. Diversos fatores podem contribuir para uma melhor adesão ou garantir uma adesão adequada e satisfatória⁹.

De acordo com o Programa Brasileiro para aids, considera-se adesão: “[...] processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que convive com o vírus, a equipe e a rede social”¹⁰. O Consenso Brasileiro para a Terapia Antirretroviral adverte que a adesão “[...] não é um processo linear, dificuldades ocorrem ao longo do tempo com momentos de maior ou menor adesão para todos os usuários”¹¹.

Portanto, não é uma característica do usuário ser aderente, mas sim uma condição de estar aderente. A não adesão favorece o dano ao sistema imunológico, que se reflete em baixos níveis de linfócitos CD4+ e aumento da carga viral, tendo como consequências a progressão para a aids e o aumento da chance de manifestação de infecções oportunistas. Por outro lado, a boa adesão ao tratamento está relacionada a uma carga viral indetectável, aumento dos níveis de linfócitos CD4+ e melhoria na qualidade de vida¹².

1.2 BREVE HISTÓRIA DA AIDS

Como toda construção histórica, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) insere-se em uma sucessão de fases iniciadas na década de 1980. Para que se entenda a aids no século XXI, cumpre aqui traçar um breve histórico da sua evolução, desde o estabelecimento no mundo.

As doenças transmissíveis foram denominadas ao longo da história como verdadeiros flagelos e “males” da humanidade, que dizimaram populações inteiras¹³. Em seu livro intitulado “As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada”, Nascimento (2005)¹⁴ traça uma retrospectiva da evolução da aids e da

tuberculose. A autora constata que a compreensão da epidemiologia de tais doenças ultrapassa a definição médica de fenômeno exclusivamente patológico, apresentando-se, dessa forma, como objeto socialmente construído.

O surgimento dos primeiros casos de aids ocorreu no início da década de 1980, nos Estados Unidos¹⁵. Vale ressaltar que, nesse período, o termo “aids” ainda não havia sido estabelecido. Portanto, a doença era denominada de “síndrome da ira de Deus”, fazendo alusão às pessoas que eram acometidas, os homossexuais masculinos. A doença era atribuída aos hábitos sexuais promíscuos e considerada como castigo divino¹⁶.

No ano de 1981, a aids ganhou a denominação de “câncer gay”¹⁷. De acordo com Sontag, Fee e Fox (1989)^{18,19}, a aids passou a ser vista como uma doença crônica semelhante ao câncer. Além disso, um dos sintomas mais característicos das pessoas acometidas pela doença era o desenvolvimento do Sarcoma de Kaposi, um tipo raro de câncer. Após 1981, novos casos começaram a aparecer no Haiti, África Central e Europa¹⁷.

Em 1982, tem-se o conhecimento dos primeiros casos de aids por transfusão sanguínea e em toxicômanos. Com isso, a doença passou a ser denominada “doença dos 5H”, representando homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (termo em inglês dado aos profissionais do sexo)²⁰. O caso pioneiro no Brasil surgiu nesse mesmo ano, especificamente na cidade de São Paulo²¹.

A forma pela qual a aids foi anunciada desde a sua descoberta, estando relacionada à sexualidade e à etnia, propiciou o surgimento de um estigma muito grande imputado às pessoas acometidas²². Tornou-se, assim, sinônimo de morte dos homossexuais masculinos e, mais tarde, dos toxicômanos e hemofílicos. Esse fato foi intensificado na primeira década quando a exiguidade de estudos científicos propiciava o surgimento de várias hipóteses que tinham o intuito de explicar a doença e os modos de transmissão.

Segundo Ayres (2008)²³, a definição de risco na epidemiologia seria: “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico”. Atualmente, sabe-se

que o risco para adquirir HIV está no comportamento do indivíduo e não mais no fato dele fazer parte de um grupo específico. Por exemplo, os homossexuais, que durante anos carregaram a “culpa” pela transmissão, não são considerados como grupo de risco pois os heterossexuais também podem ser infectados na mesma proporção caso não haja a devida prevenção²⁴.

Em 1984, a equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, empreendeu a pesquisa que resultaria na descoberta da origem viral da aids. Montagnier e sua equipe conseguiram caracterizar e isolar um retrovírus, o HIV. A aids passou a ser compreendida como a fase final de uma doença causada pelo HIV. Além disso, eles esclareceram para a comunidade científica os mecanismos de transmissão da doença (via sexual e sanguínea), que independiam da sexualidade e da etnia²⁵.

A aids, ainda na primeira década, era considerada uma doença da classe social mais elevada. Acreditava-se que era uma doença externa ao Brasil e que somente as pessoas com poder aquisitivo mais alto que viajavam para outros países poderiam se tornar portadores do vírus²⁶. Do contexto social presente no início da epidemia até o resultado dos primeiros estudos, ocorreram algumas ressignificações relacionadas à doença, como, por exemplo, a população acometida²⁷.

Nesse sentido, é significativa a contribuição de Fonseca *et al* (2000)²⁸, que fizeram uma análise do nível de escolaridade das pessoas com aids no Brasil entre os anos de 1986 e 1996. O estudo estabelece que a epidemia da aids se iniciou nos estratos de maior escolaridade e se disseminou progressivamente aos de menor escolaridade. A obra citada indica também que a epidemia de aids no Sudeste do Brasil, por ser considerada mais antiga, apresenta-se em fase mais avançada. Por outro lado, nas regiões Sul e Centro-Oeste, encontra-se em fase intermediária, enquanto nas regiões Norte e Nordeste, os valores mais altos nas populações de maior escolaridade expressam uma fase inicial da epidemia.

Pode-se dizer que, durante a trajetória da história da aids, assistiu-se à defesa, por alguns grupos, das pessoas acometidas por uma enfermidade ainda desconhecida, fator que refletiu no surgimento de entidades²⁹. Portanto, entre 1992 e 1997, diversos atores sociais abriram um vasto caminho com a criação de organizações não governamentais (ONG's) no intuito de garantir os direitos das pessoas acometidas, visando à melhoria na qualidade de vida e à redução do estigma sofrido. A partir desses acontecimentos, diversas políticas públicas foram implementadas³⁰.

1.3 EPIDEMIOLOGIA HIV/AIDS

1.3.1 No mundo

De acordo com o relatório global da UNAIDS de 2016, houve declínio na incidência de novas infecções pelo HIV entre adultos nos últimos anos. Os dados estatísticos revelam que, no ano de 2015, ocorreram 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV no mundo. O total de infectados, até o ano de 2015, era de 36,7 milhões de pessoas. Atualmente, a epidemia de aids vem sofrendo mudanças quanto ao crescimento do número de casos em grupos específicos, por exemplo, as mulheres jovens. Portanto, há algumas disparidades que resultam em uma diversificação da população acometida nos últimos anos³¹.

Em relação ao gênero, pode-se afirmar que a incidência de novos casos entre as mulheres aumentou substancialmente. Nas mulheres jovens, com idade entre 15 e 24 anos, há uma maior propensão à infecção, principalmente quando nos reportamos a regiões específicas. Na África Subsaariana, por exemplo, as mulheres jovens contribuem com 75% das novas infecções pelo HIV, o que em uma proporção com o total de jovens infectados, incluindo os homens, seria que, a cada quatro infectados, três são do sexo feminino. Já as mulheres adultas, representam 56% dos novos casos de HIV entre os adultos³¹.

Segú (2007)³² estabelece que as taxas de incidência em jovens entre 15 e 24 anos, na África, ocorrem em função das iniquidades de gênero, como violência doméstica e violência nas escolas. O autor revela ainda que o aumento de novos casos existe em maior proporção na área rural, devido ao difícil acesso aos serviços de saúde nestas localidades.

Além da premissa de que os jovens com idade entre 15 e 24 anos estão mais propensos à aids pelos fatores citados acima, eles também possuem maior dificuldade em aderir ao tratamento de forma satisfatória quando comparados aos adultos. O *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents* (2016)³³ traz alguns fatores que interferem nessa adesão. São eles:

- Negação e medo de sua infecção pelo HIV;
- Informação errada;

- Desconfiança do estabelecimento médico;
- Medo de TARV e falta de confiança na eficácia dos medicamentos;
- Baixa autoestima;
- Estilos de vida desestruturados e caóticos;
- Transtornos do humor e outras doenças mentais;
- Falta de apoio familiar e social;
- Falta ou inconsistência de acesso a cuidados de saúde,
- Risco de divulgação inadvertida da sua infecção pelo HIV.

Em relação aos gêneros masculino e feminino, o desequilíbrio entre eles é mais evidente nas regiões consideradas economicamente subdesenvolvidas. Isso ocorre devido a diversos fatores, dentre eles: desigualdade entre os gêneros construída socialmente, restrição ao acesso à informação nas questões relacionadas à saúde, acesso insuficiente aos serviços de saúde e violência³⁴. Para Gonçalves (2002)³⁵, o aumento da incidência de novos casos de aids em mulheres está intimamente relacionado ao início precoce da vida sexual que ocorre, na maioria das vezes, com homens mais velhos.

Ainda de acordo com Gonçalves (2002), esse fato pode levar a um baixo poder de decisão por parte das mulheres quanto ao uso do preservativo. Isso aumenta significativamente o risco de infecção³⁶. Carvalho (2006)³⁷ afirma que o pensamento histórico socialmente construído de que as mulheres são submissas aos homens agrava ainda mais a situação. Baseada nessa submissão que está relacionada a um constructo social de que o homem exerce poder sobre a mulher nas relações e, levando em conta a questão da identidade, as mulheres perdem o poder de decisão frente aos assuntos cotidianos, incluindo os relacionados às práticas sexuais³⁸.

Arnett (2004)³⁹ argumenta que a transição entre a adolescência e a idade adulta envolve diversas experimentações comportamentais, sendo que uma delas é o confronto com as escolhas difíceis em relação às relações românticas, ao comportamento sexual e ao uso de álcool e drogas. Esses fatores contribuem para a não utilização de preservativos nas relações sexuais e dificultam a adesão à TARV naqueles adolescentes que já convivem com a doença.

Abu-Baker *et al* (2010)⁴⁰ assinalam que os países do Oriente Médio possuem uma baixa incidência do vírus HIV. Entre as prováveis razões para que isso ocorra nesses países, está a prática de circuncisão e a predominante cultura conservadora no que se refere às questões sexuais.

Em relação à associação do uso de drogas lícitas e ilícitas com o HIV no mundo, aproximadamente 12 milhões de pessoas fazem uso de alguma droga, sendo que 1,6 milhão (14%) delas vivem com o vírus⁴¹. A UNAIDS divulgou, no ano de 2014, que 140.000 usuários foram infectados pelo HIV e não houve redução desses percentuais entre os anos de 2010 e 2014. Portanto, o uso de drogas potencializa o risco de infecção⁴².

Os usuários de álcool ou outras drogas tem a probabilidade de serem infectados de duas formas: por via parenteral, quando fazem o uso compartilhado de equipamentos e acessórios, como os perfurocortantes, e por via sexual, já que certas drogas agem no organismo como estimulantes sexuais. Além disso, alguns usuários praticam atividade sexual sem a devida proteção para trocar por drogas⁴³.

Em contrapartida, as novas infecções em crianças por transmissão vertical foram reduzidas em 70% desde o ano 2000⁴⁴. Analisando os dados em âmbito coletivo, o processo de “feminização” e “juvenização” da aids traz preocupações, pois esse quadro de conquistas referente às transmissões verticais pode ser mudado. É necessário que haja conscientização e campanhas de empoderamento feminino, principalmente para as jovens, já que se encontram em idade reprodutiva. Elas devem ter ciência do direito de decidir sobre sua vida sexual e afetiva, estabelecendo-a perante seus companheiros⁴⁵.

1.3.2 No Brasil

Desde o ano 2000, o Brasil tem cumprido o objetivo do milênio estipulado pela ONU, que é o reconhecimento de que o quadro de epidemia global do HIV deve ser revertido. Para isso, o Ministério da Saúde tem investido fortemente em prevenção, diagnóstico e tratamento da população. São dez metas a serem atingidas, de acordo com a UNAIDS (2011)⁴⁶:

1º Reduzir a transmissão sexual em 50%.

- 2º Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
- 3º Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à aids.
- 4º Disponibilizar a TARV para 15 milhões de pessoas.
- 5º Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%.
- 6º Acabar com a lacuna nos recursos globais para a aids e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
- 7º Eliminar as desigualdades de gênero, o abuso e a violência, e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV.
- 8º Eliminar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo e afetadas pelo HIV pela promoção de leis e políticas que garantam a completa realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
- 9º Eliminar restrições para que pessoas vivendo com HIV possam entrar, sair ou estabelecer residência.
- 10º Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV para fortalecer a integração da resposta à aids nos esforços globais em saúde e desenvolvimento.

De fato, os dados divulgados anualmente mostram que, no Brasil, as metas estão próximas de serem alcançadas.

O controle dos dados referentes aos novos casos de HIV/aids é feito pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da notificação compulsória instituída pela Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016⁴⁷. Os profissionais de saúde devem fazer a notificação referente aos portadores de HIV e também às pessoas que vivem com aids. As notificações são as seguintes: HIV/aids - infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ou síndrome da imunodeficiência adquirida; Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV; e, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

De acordo com a UNAIDS, até o ano de 2015, havia 830.000 pessoas convivendo com o HIV no Brasil. Desses, aproximadamente 255.000 não tinham conhecimento do seu diagnóstico²⁸. Dados do SINAN revelam que, no período que compreende 2007 a 2016, foram notificados 136.908 casos de infecção pelo HIV e, em 2015, o número de novos casos foi de 44.000. Atualmente, o maior número de casos se concentra na região Sudeste, totalizando 71.396 (52,1%). As regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentam, respectivamente, as seguintes frequências: 28.879 (21,1%), 18.840 (13,8%), 9.152 (6,7%) e 6.868 (6,3%)⁴⁸.

Em relação ao gênero, no ano de 2015, foram notificados, ao SINAN, 92.142 casos no sexo masculino e 44.766 casos no sexo feminino. Entretanto, não há relatos na literatura brasileira abordando o aumento no número de casos em pessoas do sexo feminino. No Brasil, ocorre o oposto: o número de novos casos em pessoas do sexo masculino é crescente, já no sexo feminino, mantém-se estável. A faixa etária dos novos casos tem exigido maior atenção do MS. Os jovens com idades entre 15 e 24 anos estão entre os mais vulneráveis. Entre os anos de 2006 e 2015, a taxa de novos casos em jovens com idade entre 15 e 19 anos triplicou (de 2,4 para 6,9 por 100.000 habitantes) e, nos jovens com idade entre 20 e 24 anos, mais que dobrou (de 15,9 para 33,1 casos por 100.000 habitantes)⁴⁸(Figura 1).

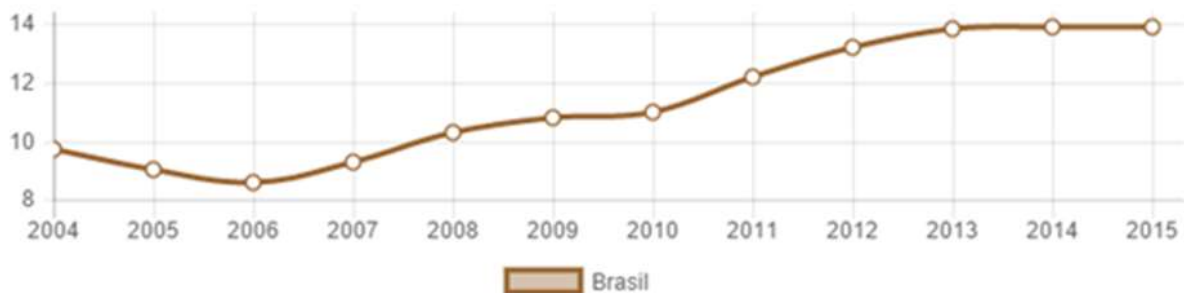


Figura 1 – Taxa de detecção em jovens entre 15 e 24 anos (por 100 mil habitantes).
Fonte: MS/ Departamento de IST, aids e hepatites virais.

Outro fator que requer atenção redobrada é o crescente número de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH). Os dados revelam que, em 2006, o total de casos foi de 35,3%. Porém, em 2016, representou um percentual de 45,4%. Observa-se que, desde o início da epidemia da aids em 1980, o quesito vulnerabilidade prevalece nos mesmos grupos que são considerados como população-chave. São eles: HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas. É notável o

investimento do MS nesses grupos específicos, principalmente na tentativa de reduzir o estigma que persiste e na criação de políticas públicas direcionadas a essa população⁴⁹ (Figura 2).

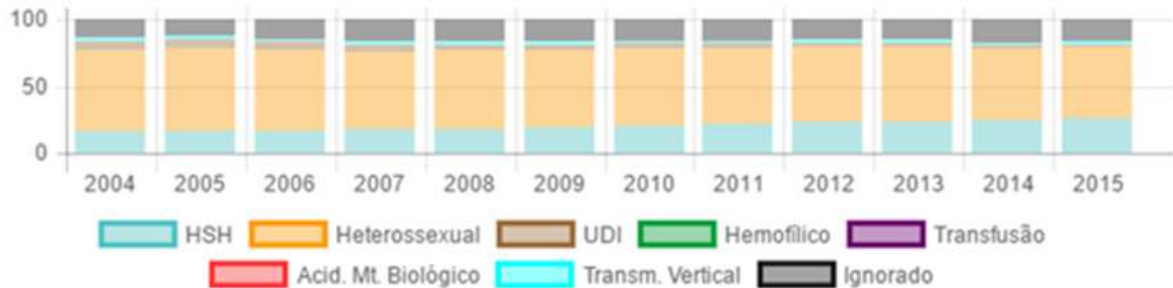


Figura 2 – Distribuição percentual dos casos de aids em homens com 13 anos ou mais por Categoria de Exposição (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, aids e hepatites virais.

Recortemos o que diz Lale-Demoz (2016)⁵⁰ para fundamentar a vulnerabilidade dos usuários de drogas:

Acelerar a resposta à AIDS exige a promoção dos direitos das pessoas que usam drogas para que elas possam ter acesso a serviços de redução de danos e HIV de alta qualidade e fundamentados em evidências, bem como a remoção de barreiras de acesso a esses serviços. (Aldo Lale-Demoz, diretor executivo adjunto United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC).

Postura bem mais crítica é adotada por Guarinieri (2016)⁵⁰, que reafirma essa necessidade quando argumenta que:

As pessoas que usam drogas injetáveis estão entre as que foram deixadas para trás na resposta global ao HIV. Temos de reconhecer que o nível de criminalização, discriminação e violência que as pessoas que usam drogas enfrentam só pode resultar em condução de comportamentos de risco, excluindo-os dos sistemas de apoio social e de saúde de que necessitam. Devemos nos mover para tratar todos, incluindo as pessoas que usam drogas, como seres humanos. (Mauro Guarinieri, assessor técnico sênior do Fundo Global).

A avaliação realizada pela UNAIDS referente à transmissão materno-infantil do HIV no ano de 2015 demonstrou declínio quando comparada aos anos anteriores. No ano de 1997, a taxa média de transmissão vertical era de 16%. Em anos posteriores (2000 e 2004), passou a ser, respectivamente, 8,6% e 6,8%⁴⁵. Para que seja possível a detecção e para que tenha precisão, utiliza-se a taxa de aids em crianças menores de

cinco anos como indicador aproximado. Em junho de 2016, a taxa apresentou queda significativa e chegou à proporção de três infectados a cada 100 mil habitantes⁷.

Ao mesmo tempo em que houve redução de taxas em algumas categorias de exposição para aids, com a expansão de estratégias e criação de programas específicos, o aumento em outras categorias (HSH, usuários de drogas e profissionais do sexo) trouxe à tona algumas lacunas do sistema que precisam de atenção. Porém, de modo geral, a partir do ano de 1996, os dados mostram a melhoria significativa no tratamento das pessoas acometidas pela doença¹⁰.

O marco aconteceu quando foi aprovada a lei que universalizou o tratamento antirretroviral, em 1996, permitindo que todos tivessem acesso à terapia de forma gratuita. Hoje, trabalha-se muito para que haja conscientização por parte das pessoas que convivem com a doença, pois, dessa forma, haverá melhora na qualidade de vida, além da redução no risco de transmissibilidade⁵¹.

1.3.3 No estado do Espírito Santo

O Espírito Santo (ES) é um estado brasileiro localizado na região Sudeste do país (Figura 3). A capital é Vitória. O Censo (2010) elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstra que Vitória possui uma população de 292.304 habitantes. A população é totalmente urbana, composta majoritariamente por mulheres (53%) e por jovens (53%) que possuem até 29 anos de idade. A população na faixa etária de 20 a 49 anos representava, em 2000, 48% do total e aqueles com 60 anos e mais correspondiam aproximadamente a 9% dos residentes⁵².

REGIÃO SUDESTE



Figura 3 – Mapa geográfico da Região Sudeste do Brasil.
Fonte: IBGE (2010).

A atenção à saúde constitui um importante setor no estado do ES e, assim como os demais serviços de cunho coletivo, encontra-se vinculada a um conjunto de determinantes políticos e econômicos. Especificamente, até o ano de 2016, foi notificado pelo SINAN, o total de 2.669 casos de aids, sendo que 1.834 eram homens e 835 eram mulheres. Os jovens entre 15 e 24 anos somaram 263 casos⁷.

Em relação à cor da pele, a maioria é parda (22,8%). Quando abordada a escolaridade do indivíduo acometido por aids no município de Vitória, tem-se que aproximadamente 16,4% evoluíram até entre a 5ª e a 8ª série incompleta e 12,7% possuem o ensino médio incompleto. Quanto à categoria de exposição, em indivíduos do sexo masculino com 13 anos ou mais, os heterossexuais são 944 casos (35,4% do total), seguidos de HSH (24,9%) e usuários de drogas injetáveis com 7,5%⁷.

Em relação à transmissão vertical, no município de Vitória, o estudo de Moreira-Silva (2015)⁵³ revela que a maioria das crianças e adolescentes infectados pelo HIV no período que compreende 2001 a 2011 tiveram o diagnóstico tardio, o que aumentou o risco de progressão para a aids e evolução para o óbito. Isto mais uma vez confirma a observação de que a introdução à TARV de forma precoce é um fator positivo para o aumento da sobrevivência.

Como podemos observar nas figuras abaixo (Figura 4 e Figura 5), a taxa de detecção de aids por transmissão vertical aumentou entre os anos de 2014 e 2015, o que pode estar associado ao crescente aumento na taxa de detecção de aids, entre 2011 e 2014, em jovens com idade entre 15 e 24 anos.

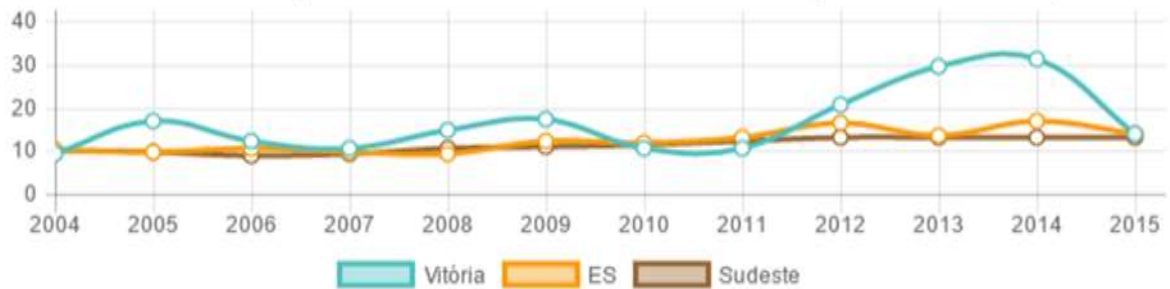


Figura 4 – Taxa de detecção de aids em adolescentes entre 15 e 24 anos (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, aids e hepatites virais.

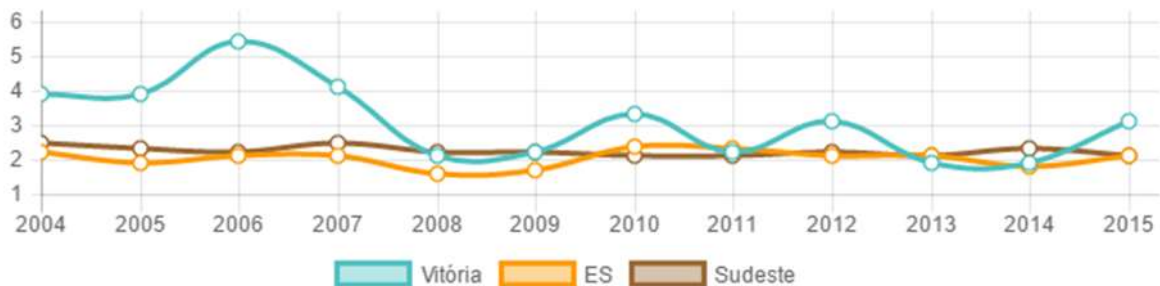


Figura 5 – Taxa de detecção de aids por transmissão vertical (por 100 mil habitantes) de acordo com o ano de diagnóstico.

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, aids e hepatites virais.

No estado do Espírito Santo, Miranda *et al* (1999)⁵⁴ demonstraram uma prevalência de 0,8 % de infecção pelo HIV entre 1.608 grávidas atendidas nos hospitais do município de Vitória. Nesse aspecto, vê-se a importância de promover a saúde entre os adolescentes, não só do sexo feminino, mas também do sexo masculino. Nesta situação, teremos resultados satisfatórios e adolescentes conscientes no que diz respeito à prevenção e à importância do pré-natal quando estabelecida a gravidez. Dal Fabbro *et al* (2005)⁵⁵ estabelecem este argumento quando dizem que a questão da gestante infectada pelo HIV é importante de ser ressaltada, pois acarreta o aumento do número de casos por transmissão vertical.

Ainda, segundo Romanelli *et al* (2006)⁵⁶, aproximadamente 38 a 48% das gestantes chegam à maternidade sem o resultado da sorologia anti-HIV que deve ser realizada

no pré-natal. Para esses autores, a partir do momento em que não é realizado um pré-natal adequado e necessita-se da realização do teste rápido na maternidade, há um impedimento para que as ações de prevenção da transmissão vertical sejam efetivamente aplicadas.

Em relação ao uso de drogas, Miranda *et al* (2002)⁵⁷ concluíram que 27,4% dos participantes de seu estudo que se encontravam na faixa etária entre 15 e 19 anos faziam uso regular de bebida alcóolica (pelo menos uma vez na semana). Em relação ao fumo, 10,3% fumavam regularmente. Quanto às drogas ilícitas, 9,7% relataram uso de maconha e 1,9% o uso de drogas injetáveis, sendo que 14,0% responderam que utilizaram, pelo menos, uma droga ilícita. Esses fatores são estimulantes para a prática sexual sem a devida proteção e aumentam as chances de transmissão pelo uso de drogas injetáveis.

Portanto, em Vitória, os dados não diferem do restante do país. Nota-se que o aumento da incidência de novos casos em adolescentes é crescente. Além disso, isso traz a preocupação de que ocorra o aumento da taxa de aids nos próximos anos por transmissão vertical.

1.4 O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

O Brasil foi o país pioneiro, não só na adoção de uma política pública que permitiu o acesso ao tratamento antirretroviral, como também na disponibilização da terapia de forma gratuita às pessoas infectadas. Por meio da lei nº. 9.313 de 13 de novembro de 1996, o presidente Fernando Henrique Cardoso instituiu a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. A lei dispõe de quatro artigos, sendo os dois primeiros mais relevantes⁵⁸. São eles:

1º Artigo – Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária ao seu tratamento.

§1º - O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do SUS;

§2º - A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

2º Artigo – As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme regulamento.

Em princípio, no ano de 1986, a agência norte-americana regulamentadora de medicamentos e alimentos (*Food and Drug Administration – FDA*) foi responsável pela aprovação da liberação de zidovudina para o tratamento da aids. No Brasil, a zidovudina passou a ser disponibilizada pelo MS em 1991. O tratamento, *a priori*, era monoterápico e nem toda a população acometida podia ter acesso em virtude do alto custo cobrado pela medicação. *A posteriori*, o acesso tornou-se universal e gratuito⁵⁹.

Em 1990, a indústria farmacêutica liberou novos medicamentos ao mercado, os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleotídeos (ITRN). Foi nesse contexto que a terapia dupla surgiu, tendo como objetivo melhorar a resposta imunológica ao tratamento das pessoas que conviviam com a doença. Pouco depois, em 1996, a terapia tríplice foi instituída como terapia padrão, caracterizando-se por ser altamente eficaz⁶⁰ (Figura 6).

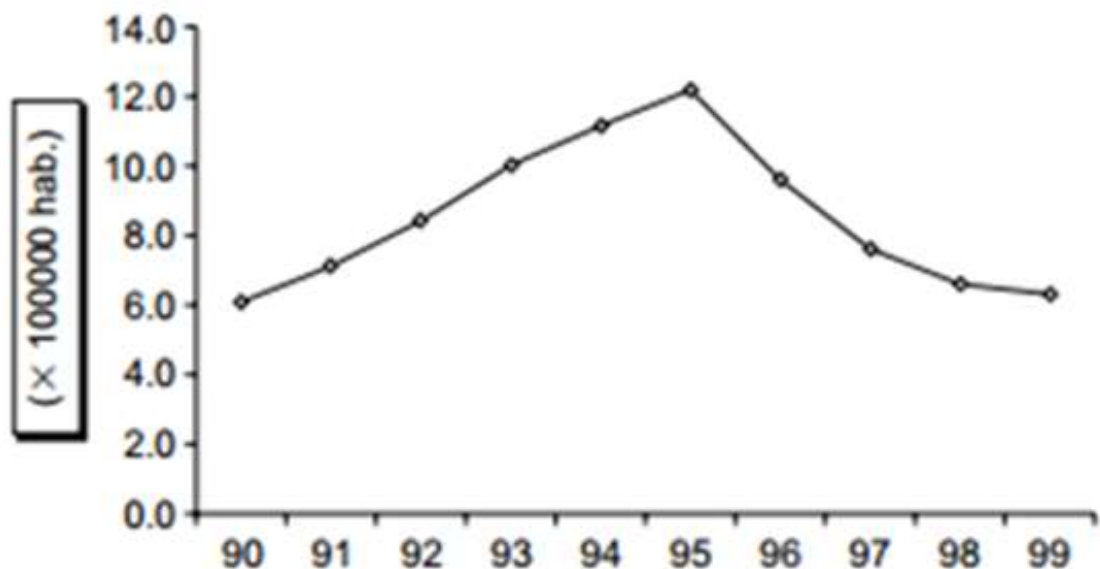


Figura 6 – Taxa de mortes por aids no Brasil entre 1990-1999.
Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, aids e hepatites virais.

Marins *et al* (2003)⁶¹ comprovaram que a sobrevida média dos pacientes aderentes à monoterapia, no ano de 1995, foi de 18 meses. Por outro lado, em 1996, com a introdução da terapia tríplice, a sobrevida média dos pacientes foi de 58 meses. Conclui-se que a terapia tríplice contribuiu significativamente para o aumento na sobrevida e, conseqüentemente, para a melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença.

Os benefícios da terapêutica são medidos por meio da efetividade na redução dos efeitos adversos e da carga viral. Romanelli *et al* (2006)⁵⁶ mostraram que a média de duração da terapia dupla nos pacientes com HIV em seu estudo foi de 26,3 meses, enquanto a média de duração da terapia tríplice foi de 34,3 meses, o que denota mais uma vez as vantagens da terapia tríplice em relação à monoterapia e à terapia dupla (Figura 7).

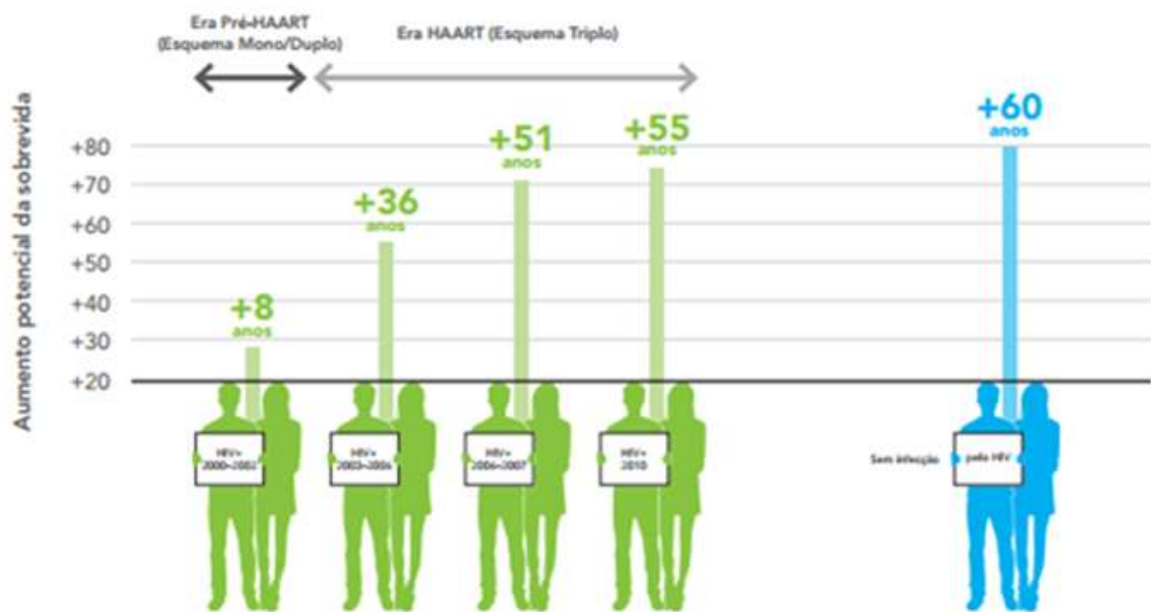


Figura 7 – Taxa de sobrevida comparada entre os esquemas mono/duplo e triplo.
Fonte: Romanelli et al, 2006.

Em 2014, o MS passou a ofertar a terapia tríplice combinada (três medicamentos em um), que melhorou de forma significativa a adesão ao tratamento. Isso porque as três drogas (tenofovir – 300mg, lamivudina – 300mg e efavirenz – 600mg) foram disponibilizadas em um único comprimido, o que, indubitavelmente, além de facilitar a ingestão, favoreceu a durabilidade do tratamento⁶².

Antes de 2015, havia um critério para iniciar a terapia que se baseava na contagem dos linfócitos CD4+. Os parâmetros eram⁶²:

1 – $CD4 \leq 500$ células/mm³ – A TARV deveria ser iniciada; também, na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B.

2 – Considerar a TARV, também, nas seguintes ocasiões:

- Neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia;
- Doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, seguindo o escore de Framingham);
- Coinfeção HIV-HCV (hepatite C);
- Carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/ml.

3 – Sem contagem de linfócitos CD4 disponíveis – Iniciar a TARV em gestantes, sem adiamento.

É digno de nota esclarecer que a infecção pelo HIV envolve fases, com durações variáveis, pois dependem da carga viral e da resposta imunológica do indivíduo. De início, temos a infecção aguda. É a fase em que ocorre a incubação do vírus, ou seja, o tempo transcorrido da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Posteriormente, ocorre a fase da infecção assintomática, que pode durar anos. Após esse período assintomático, podem surgir infecções oportunistas, como a neurotoxoplasmose, e algumas neoplasias. Essa última fase caracteriza a aids⁶³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o MS lançou novas diretrizes sobre o uso dos medicamentos antirretrovirais no ano de 2015. As diretrizes pontuam que as prescrições dos medicamentos antirretrovirais sejam ofertadas para todas as pessoas que convivem com HIV o mais rápido possível, independentemente da contagem linfocitária de CD4+. Ademais, as diretrizes incluem a profilaxia preexposição (PrEP) nos indivíduos com risco aumentado de infecção pelo HIV. Tais medidas visam a melhorar a efetividade do tratamento, pois conseguem incluir o maior número de infectados pelo vírus no esquema terapêutico. Somado a isso, retardam a evolução da doença⁶⁴.

Atualmente, existem seis classes de ART⁶⁵:

I - Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa – atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam a cadeia defeituosa, impedindo a reprodução do vírus. São eles: Emtricitabina, Lamivudina, Zidovudina, Didanosina, Tenofovir, Estavudina e Abacavir.

II - Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRNN) – bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. São eles: Efavirenz, Nevirapina, Etravirina, Rilpivirina e Delavirdina.

III - Inibidores de protease (IP) – atuam na enzima protease, bloqueando a ação e impedindo a produção de novas cópias virais. São eles: Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/ritonavir, Saquinavir, Ritonavir, Tipranavir, Nelfinavir, Amprenavir e Indinavir.

IV - Inibidores de fusão – impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir. O único medicamento desta classe é o Enfuvirtide.

V - Inibidores da integrase – bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do ácido desoxirribonucleico (DNA) pró-viral no DNA humano. Dessa forma, inibem a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células. São eles: Raltegravir, Dolutegravir e Elvitegravir.

VI – Antagonistas de CCR5 – também chamados de inibidores de entrada. Impedem que o HIV entre em células CD4 saudáveis. O único medicamento desta classe é o Maraviroc.

Alguns pacientes não se adaptam ao esquema terapêutico prescrito, portanto, indica-se a troca do esquema. Para combater o HIV e reduzir a carga viral, é necessário que a pessoa infectada tenha uma adesão correta aos medicamentos antirretrovirais. O fato de alguns apresentarem reações adversas pode comprometer consideravelmente o tratamento⁶⁶. A adesão incompleta pode resultar de diversos fatores, como, por exemplo, regimes com medicamentos complexos, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, experiência de efeitos adversos anteriormente, interrupções no acesso dos pacientes à medicação⁶⁷.

Mediante o exposto, a UNAIDS elaborou, em 2015, o Manual “Tratamento 2015”, quem tem como base três pilares fundamentais⁶:

I – Demanda - criar demanda para o tratamento do HIV, liderada por pessoas que vivem com HIV assim como por populações-chave afetadas pelo HIV e apoiada pela sociedade civil e pela comunidade internacional.

II – Investimento - mobilizar investimento sustentado, priorizando a inovação e a utilização dos recursos disponíveis de forma mais estratégica possível.

III - Prestação de serviços - assegurar que existam sistemas de saúde e comunitários, infraestrutura, leis e políticas públicas apropriadas, bem como sistemas comunitários habilitados para fornecer tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV e que se enquadrem nos critérios de tratamento estabelecidos.

A UNAIDS também estabeleceu uma meta no ano de 2015 chamada 90-90-90, que preconiza que os países aderentes a ela deverão cumprir três objetivos até o ano de 2020: 90% das pessoas deverão saber seu estado sorológico; 90% dessas pessoas deverão estar em tratamento e 90% das pessoas em tratamento deverão atingir a carga viral indetectável. Além disso, almeja que a epidemia de aids acabe até 2030. Segundo os dados do MS (2015), do total de pessoas estimadas vivendo com HIV no Brasil, 83% estão diagnosticadas, 62% estão em tratamento e 88% de todas as pessoas estimadas vivendo com HIV estão com carga viral suprimida⁷.

1.5 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

As trocas de esquema terapêutico por conta do aparecimento de reações adversas associadas ao início do tratamento com ARV são vistas como fatores intervenientes para a não adesão ou para interrupções durante a terapia. Não obstante, é importante que os profissionais de saúde tenham ciência de que eles são indispensáveis para que a adesão ocorra de forma satisfatória, devendo intervir antes mesmo da introdução da medicação na vida do indivíduo que convive com a doença⁶⁸.

Com isso, a adesão ao tratamento antirretroviral é um desafio permanente tanto para os profissionais de saúde quanto para os indivíduos doentes. Alguns fatores, tanto internos quanto externos, podem interferir em uma adesão medicamentosa contínua. O MS (2008) confirma a influência dos profissionais de saúde nesta etapa do processo quando diz: “por ser influenciada por causas multifatoriais, a adesão ao tratamento

antirretroviral é um dos grandes desafios que o indivíduo que convive com a doença e os profissionais de saúde possuem no cursar da doença”⁶⁹.

Portanto, inúmeras variáveis são responsáveis para a não adesão, incluindo nesse grupo fatores sociais, econômicos, psicossociais e clínicos. Bonolo *et al* (2007)⁷⁰ destacam a associação da não adesão com características demográficas, acesso e uso de serviços de saúde, fatores psicossociais, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento. Os fatores específicos relacionados ao comportamento também são apontados como determinantes da não adesão. Silva *et al* (2009)⁷¹ dizem que a não adesão está associada ao uso de álcool, tempo de diagnóstico (um a três anos) e baixa renda familiar.

Todavia, a administração correta dos medicamentos antirretrovirais torna-se mais complexa pela aids se caracterizar como uma doença crônica e que requer um olhar biológico, psicológico, social e cultural dos profissionais de saúde para com os indivíduos que estão em tratamento. A Cartilha do Cuidado Integral elaborada pelo Ministério da Saúde (2016)⁴³ lista alguns fatores que podem facilitar a adesão aos antirretrovirais. São eles:

- Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido;
- Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade;
- Uso de dispositivos e técnicas para adesão (porta-pílula, diários, alarme, tabelas e mapas de doses, materiais educativos);
- Acolhimento e escuta ativa da pessoa pela equipe multiprofissional;
- Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e serviço de saúde;
- Formação de grupos de apoio;
- Acesso facilitado aos antirretrovirais (ARV) por meio do funcionamento e localização adequada da Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM);
- Parceria com organizações da sociedade civil,
- Apoio social.

Outros fatores podem dificultar a adesão, fazendo com que haja maior propensão ao abandono do tratamento pelos indivíduos que convivem com a doença. São eles:

- Complexidade do regime terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses);
- Precariedade ou ausência de suporte social;
- Não aceitação da soropositividade;
- Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão;
- Efeitos colaterais do medicamento;
- Relação insatisfatória da pessoa com o profissional de saúde e com os serviços prestados;
- Crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e à doença;
- Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento;
- Abuso de álcool e outras drogas;
- Dificuldade de transporte do usuário;
- Dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos;
- Preconceito e discriminação,
- Exclusão social.

São muitos obstáculos a serem ultrapassados para que o indivíduo acometido pela doença adira à terapia medicamentosa de forma correta, sem falhas e interrupções. O estímulo constante à adesão deve ocorrer para a obtenção do sucesso terapêutico e da melhora na qualidade de vida do paciente. Contudo, a responsabilidade pela adesão não é só dos profissionais de saúde. Os pacientes precisam fazer-se sabedores da sua condição incurável e da importância dos medicamentos antirretrovirais, que são considerados por muitos causadores da debilidade e do aparecimento de doenças oportunistas⁷².

1.6 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após a implementação das diretrizes de municipalização e regionalização dos serviços de saúde, respaldados pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96), houve maior articulação dos serviços buscando atender os municípios. Reis

et al (2008)⁷³ referem que a centralização de unidades prestadoras de serviço em HIV/aids confronta-se com a expansão geográfica da epidemia.

Os serviços de saúde exclusivos para a população com infecções sexualmente transmissíveis (IST) são, de modo excepcional, importantes para que ocorra a adesão satisfatória ao tratamento, sobretudo quando nos reportamos à aids. No Brasil, até o ano de 2008, existiam 383 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que foram criados com o objetivo de promover o acesso da população às ações de prevenção das IST/aids e aos diagnósticos⁶⁹.

Os CTA possuem estrutura funcional nos moldes da Política Nacional de Humanização (2004), cujos elementos doutrinários são os seguintes: escuta qualificada, acesso universal aos serviços, criação de vínculos afetivos e efetivos, resolubilidade, corresponsabilização com as demandas dos usuários e o trabalho multiprofissional⁶⁹.

A região Sudeste conta com 139 CTA, sendo que, no Espírito Santo, estão alocados 23. O percentual de CTA inseridos em serviço de atendimento especializado (SAE) é de 50,8%, enquanto os inseridos em Unidade Básica de Saúde (UBS) compreendem 12,7% do total. Em um estudo comparativo sobre a cobertura populacional e casos de aids (maiores que 13 anos), foi demonstrado que, nos municípios com CTA, a totalidade dos casos de aids no ano de 2005 foi de 21.832 (69,2%). Já nos municípios sem CTA, foi de 9.721 (30,8%)⁶⁹.

A discrepância observada é decorrente da maior oferta de testes diagnósticos nos municípios com CTA. No ano de 2006, o número de testes ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) anti-HIV efetuados pelo SUS foi de 43,7 por mil habitantes nos municípios com CTA, enquanto foi de 18,6 por mil habitantes nos demais. Isso é uma demonstração mínima dos benefícios proporcionados por esse serviço específico que está instalado em todas as regiões brasileiras⁶⁸.

Nota-se que os serviços especializados para atender a população com IST/aids são mais capacitados. Além do mais, o quadro de profissionais é amplo. A equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, assistente social, dentre outros) é responsável pelo acolhimento e pelo atendimento da população. O encontro periódico da equipe de saúde com o paciente proporciona a criação do vínculo, que é essencial no processo de adesão ao tratamento⁷⁵.

Esses espaços são medidas simples que mudam a realidade de muitos pacientes recém diagnosticados. A partir do momento em que o profissional faz o acolhimento, promove encontros para a troca de experiências, esclarece as dúvidas e fomenta o debate dos principais problemas enfrentados, o paciente passa a confiar e a dar mais credibilidade ao que está sendo dito. Por meio de todo esse fluxo de informação, os indicadores melhoram de forma significativa⁷⁶.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela necessidade de analisar aspectos que favorecem a adesão ao tratamento antirretroviral. A adesão, além de alcançar a saúde individual do ser humano, está associada ao potencial de transmissibilidade da doença em um nível coletivo.

O fator adesão ao tratamento antirretroviral é considerado *a priori* como um indicativo de possibilidade de controle da epidemia de HIV/aids. Portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde sejam mais criteriosos nas avaliações acerca dos níveis de adesão e sua efetividade.

Assim, ressalta-se a importância e a complexidade do tema adesão à TARV, que expõe características que variam com o tipo de população envolvida e com os aspectos regionais, mas tem, como ponto em comum, a grande dificuldade que é tomar uma série de medicamentos com muitas interações e diversos efeitos adversos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral e os fatores associados a ela em serviço de atendimento especializado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características demográficas e clínicas de uma amostra de adolescentes e adultos em vigência de tratamento da infecção pelo HIV.
- Verificar, nesta amostra, a associação do desfecho adesão com fatores supostamente preditores sociodemográficos e clínicos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal, fundamentado na abordagem quantitativa para a identificação e avaliação dos pacientes na faixa etária de 13 a 59 anos atendidos no Centro de Referência em IST/aids, localizado no SAE do município de Vitória-ES, no período entre 2007 e 2014. Este serviço é referência para atendimento dos acometidos por doenças sexualmente transmissíveis a partir da idade de 13 anos.

4.2 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

As informações foram obtidas por meio de uma ficha estruturada para coleta de dados (APÊNDICE I). A ficha foi dividida em duas etapas, uma contendo itens relacionados aos aspectos sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação; e a outra aos aspectos clínicos: fonte de infecção, tempo de diagnóstico do HIV, caso de aids, carga viral, linfócitos T-CD4 e história prévia de infecção oportunista.

4.3 CENÁRIO DE ESTUDO

Centro de Referência em DST/aids, de Vitória-ES. Este é um serviço de referência para acompanhamento de pacientes a partir de 13 anos de idade que vivem com IST/aids.

4.4 AMOSTRA

Foi considerada uma frequência mínima de má adesão da ordem de 5% para qualquer das categorias presentes entre os participantes. Para obter uma estimativa populacional, considerando um intervalo de confiança de 95%, uma amostra de 102 indivíduos seria necessária para discriminar uma frequência cinco vezes maior de má adesão em uma categoria de risco, com 80% de poder. Como há 20 adolescentes registrados no SAE, decidiu-se pela inclusão de todos eles acrescidos de uma

amostra de 100 adultos, o que, em uma comparação direta de faixas etárias, resultaria em uma proporção de 1:5.

Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes, sendo selecionados aqueles que estivessem na faixa etária entre 13 e 59 anos. O período de coleta perdurou de novembro de 2015 a março de 2016.

Em relação ao critério de aderir ou não ao tratamento, foram classificados como aderentes os que mantiveram a TARV e não tiveram interrupções no tratamento do momento do diagnóstico até o dia da coleta de dados. Os não aderentes foram classificados como aqueles que abandonaram a terapia medicamentosa por algum período, de forma definitiva ou os que faleceram nesse intervalo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas foram representadas pelas suas frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas contínuas foram representadas pelas suas medidas de posição central e variabilidade. Como todas se enquadraram no modelo de Gauss, foram utilizados média e desvio padrão. A análise bivariada levou em conta um desfecho dicotômico (adesão ou não), avaliando sua possível associação com diversas variáveis. A associação do desfecho com as variáveis categóricas foi verificada por meio do teste do Qui-quadrado, exceto quando frequências esperadas menores do que cinco foram encontradas, em cuja situação foi utilizada a razão da máxima verossimilhança (mais de duas categorias). As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste t de "Student" (dois grupos), buscando testar associação entre as possíveis variáveis independentes com a adesão. A medida do efeito foi a razão das chances com seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

As variáveis com valor p menor que 0,2 na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado que compreendia regressão logística binomial. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e apresentados em tabelas de frequência simples.

4.6 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Este estudo foi precedido pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (CAAE nº 46032915.9.0000.5060) (ANEXO I). Quanto aos procedimentos legais, foi solicitada ao diretor do Centro de Referência em DST/aids do município de Vitória-ES, uma autorização para acesso aos documentos que foram utilizados como fonte secundária de investigação (ANEXO II). O compromisso com o anonimato das informações coletadas dos prontuários foi reiterado por um termo de sigilo e confidencialidade devidamente assinado pelos pesquisadores (ANEXO III).

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a síntese de todos os valores quantitativos das variáveis obtidos mediante as questões fechadas e abertas aplicadas após a coleta dos dados dos prontuários dos indivíduos da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.

(continua)

Variáveis	Adesão	Não adesão	Total n (%)	Valor de p
Sexo n (%)				
Feminino	22 (53,2)	19 (46,3)	41 (34,2)	0,63 ^a
Masculino	46 (58,2)	33 (41,8)	79 (65,8)	
Idade (anos) média (DP)	38,2 (11,7)	35,3 (9,3)		0,14 ^b
Idade de descoberta (anos) média (DP)	34,2 (11,1)	29,4 (9,1)		0,12 ^b
Cor da pele n (%)				
Pardo	45 (58,4)	32 (41,6)	77 (64,2)	0,12 ^a
Branco	15 (68,2)	7 (31,8)	22 (18,3)	
Negro	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (17,5)	
Estado civil n (%)				
Solteiro (a)	51 (63,0)	30 (37,0)	81 (67,5)	0,4 ^a
Casado (a)	11 (45,8)	13 (54,2)	24 (20,0)	
Divorciado (a) /Separado (a)	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (7,5)	
Viúvo (a)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,7)	
União estável	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,8)	

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.

(continuação)				
Variáveis	Adesão	Não adesão	Total n (%)	Valor de p
Escolaridade n (%)				
Nenhuma	3(100,0)	0 (0,0)	3(3,0)	
1º grau incompleto	13 (48,1)	14 (51,9)	27 (27,3)	
1º grau completo	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (6,1)	
2º grau incompleto	10 (52,6)	9 (47,4)	19 (19,2)	0,03 ^a
2º grau completo	14 (58,3)	10 (41,7)	24 (24,2)	
Superior incompleto	7 (100,0)	0 (0,0)	7 (7,1)	
Superior completo	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (13,1)	
Ocupação 1* n (%)				
Sim	51 (58,6)	36 (41,4)	87 (76,3)	
Não§	15 (53,6)	13 (46,4)	28 (24,6)	0,8 ^a
Ocupação 2† n (%)				
Educação até 2º grau	37 (56,1)	29 (43,9)	66 (57,9)	0,35 ^a
Acima de 2º grau	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (18,4)	
Não se aplica§	15 (53,6)	13 (46,4)	28 (24,6)	
Fonte de infecção n(%)				
Transmissão sexual	64 (57,7)	47 (42,3)	111 (97,4)	
Uso de drogas injetáveis	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,9)	0,21 ^a
Ocupacional	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,9)	
Outros	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	
Tempo de diagnóstico do HIV (meses)				
média (DP)	54,6 (26)	75,3 (23,7)		< 0,001 ^b
Caso de aids n (%)				
Sim	60 (77,9)	17 (22,1)	77 (67,0)	
Não	7 (18,4)	31 (85,6)	38 (33,0)	< 0,001 ^a

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.

(conclusão)				
Variáveis	Adesão	Não adesão	Total n (%)	Valor de p
Carga viral (cópias/ml) n (%)				
< 50 (indetectável)	55(82,1)	12 (17,9)	67 (75,3)	0,04 ^a
50 a 100.000	10 (52,6)	9 (47,4)	19 (21,3)	
100.001 a 500.000	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (3,4)	
História prévia de infecção				
Oportunista n (%)				
Sim	23 (57,5)	17 (42,5)	40 (33,3)	0,9 ^a
Não	45 (56,2)	35 (43,8)	80 (66,7)	
Total			120/100	

^aTeste Qui-quadrado.

^bTeste t de Student.

* Categorizada como presença ou ausência de profissão.

† Categorizada de acordo com o nível de escolaridade.

§Não se aplica (Ocupação 2) e Não (Ocupação 1) – desempregados, estudantes e donas-de-casa.

As frequências foram obtidas dos itens dos prontuários que continham dados válidos.

DP = desvio padrão.

Inicialmente, foi verificada a associação entre a adesão ou não adesão e as variáveis sociodemográficas e clínicas. No que concerne às variáveis sociodemográficas, os dois grupos não diferiram quanto a gênero, idade, estado civil e as duas categorizações referente à ocupação. Em relação à escolaridade, pessoas com nível educacional mais alto estiveram em maior frequência entre os que aderem, alcançando significância estatística (Tabela 1). Com referência às variáveis clínicas, apurou-se diferença significativa na adesão para aqueles com diagnóstico de aids ($p < 0,001$). Identificou-se significância na Carga Viral ($p = 0,04$), porém, ela não foi incluída no modelo multivariado porque sua elevação é uma decorrência natural da não adesão e pode atuar como variável de confusão, obscurecendo o efeito de outras variáveis relevantes. Sobre a idade de descoberta, não houve diferença significativa, sendo que o mais velho tinha 57 anos. Quanto à cor da pele, os pardos apresentaram melhor adesão quando comparados aos negros e brancos, porém, não houve significância estatística. Não foram observadas diferenças estatisticamente

significantes para adesão com relação à contagem de linfócitos T CD4 e à história prévia de infecção oportunista. A prevalência de não adesão foi de 43,3% na amostra.

Dentre as 13 variáveis analisadas, seis foram incluídas no modelo de regressão logística. Os resultados da análise (Tabela 2) evidenciaram que o fato de ter aids está associado a melhor adesão ao tratamento antirretroviral.

Tabela 2 – Resultado da análise por regressão logística das variáveis com valor p menor que 0,2 após análise bivariada das características de 120 indivíduos com idade entre 13 e 59 anos, em acompanhamento no Centro de Referência em DST/aids de Vitória-ES, no período de 2007 a 2014.

Variáveis	Coeficiente (Beta)	Erro Padrão (SE)	Significância (valor p)	Odds Ratio Exp (Beta)	Intervalo de Confiança (IC 95%)	
					Limite Inferior	Limite Superior
Idade de Descoberta	,452	,342	,187	1,571	,803	3,074
Idade	-,382	,338	,259	,683	,352	1,324
Cor da pele	,038	,348	,913	1,039	,525	2,054
Escolaridade	,136	,159	,392	1,146	,839	1,565
Tempo de diagnóstico do HIV	-,007	,030	,807	,993	,936	1,053
Caso de aids	-2,527	,670	,000	,080	,022	,297

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que o fato do paciente ter aids faz com que ele melhore a adesão à TARV. Outras variáveis que são consideradas como fatores de risco em potencial para a não adesão, como escolaridade e idade, não apresentaram associação significativa com o desfecho de interesse (adesão).

De acordo com Nemes *et al* (2004)⁷⁷, as principais variáveis que podem interferir na boa adesão à terapia estão relacionadas às características pessoais do paciente (idade, sexo e escolaridade), às características do serviço de saúde (qualidade no atendimento e criação de vínculos) e às características do tratamento (ARV, esquema terapêutico e provável lipodistrofia). Mukui *et al* (2016)⁷⁸ concluíram, em um estudo realizado no Quênia, que pessoas acometidas pela doença na faixa etária entre 15 e 29 anos aderem menos à terapia. Além da questão da idade, o baixo nível de escolaridade foi fator motivador para a não adesão. No âmbito comportamental, os autores citam o uso de drogas lícitas e ilícitas. Os pacientes que contratavam profissionais do sexo também foram mais propensos ao abandono e à interrupção da TARV⁷⁸.

Outra razão importante para a baixa adesão ou até mesmo o início tardio da TARV é o estigma. Os pacientes ficam receosos em serem identificados como infectados pelo HIV, mantendo-se longe dos cuidados até muito tarde, quando já não há mais escolhas e a debilidade é inevitável. Esses aspectos refletem uma má compreensão da natureza crônica da doença⁷⁹.

Kotler & Singhania (2011)⁸⁰ argumentaram que os efeitos da lipodistrofia sobre a adesão e o bem-estar psicológico são significativos. Os autores ressaltam que as mudanças corporais podem resultar em níveis importantes de depressão e da não adesão ao tratamento. O estigma decorrente da lipodistrofia pode propiciar o prejuízo na adesão porque o paciente passa a evitar contato social, tem uma percepção negativa da imagem corporal, tem medo da revelação forçada do diagnóstico, dentre outros aspectos⁸¹.

A prevalência de não adesão neste estudo foi de 43,3%. No estudo realizado por Berg *et al* (2012)⁸², houve 100% de adesão em um percentual entre 22 e 58% dos pacientes. Foram entrevistados 53 pacientes de uma clínica localizada nos Estados

Unidos, sendo que todos os pacientes faziam uso de metadona e eram soropositivos. Giordano *et al* (2009)⁸³ concluíram em um estudo realizado com 2.619 pacientes, também residentes nos Estados Unidos, que a taxa de prevalência de não adesão foi de 36%. Diversos motivos foram citados como prejudiciais para a boa adesão, dentre eles: ser jovem, ser negro e ter maior contagem de células CD4 nos exames laboratoriais. Outros fatores foram mencionados como benéficos, como surgimento de comorbidades e história de aids.

No Brasil, Silva *et al* (2015)¹² realizaram um estudo com 216 pacientes atendidos em uma unidade de referência para o cuidado em HIV/aids na cidade de Salvador - Bahia. Eles concluíram que a prevalência de não adesão à terapia foi de 25%. Além disso, eles observaram que os pacientes que tiveram o diagnóstico de aids no intervalo de tempo maior que seis meses após o diagnóstico de infecção pelo HIV apresentaram maior prevalência de não adesão. Já os que receberam o diagnóstico de aids no intervalo menor que seis meses, aderiram melhor à terapia.

Por entender que a boa adesão ao tratamento é elemento fundamental para a garantia de sobrevida e qualidade de vida, diversos autores investigaram a efetividade de abordagens destinadas a melhorar a adesão. A terapia cognitivo-comportamental tem sido bastante utilizada como método de melhora na adesão ao tratamento antirretroviral em diversos serviços de saúde distribuídos pelo mundo. Newcomb *et al* (2015)⁶³ retrataram tal fato quando fizeram o estudo em alguns casos específicos de pacientes soropositivos. Foi aplicada a terapia cognitivo-comportamental nesses pacientes e o resultado foi positivo. É importante que o profissional considere as características sociodemográficas e clínicas do paciente, como gênero, plano de tratamento e exames laboratoriais. A terapia cognitivo-comportamental aborda individualmente diversas circunstâncias que podem ser configuradas como obstáculos para a adesão satisfatória, tais como situações de vida caótica, problemas contínuos de saúde e as incertezas sobre o benefício do tratamento antirretroviral. Por exemplo, o paciente que já interrompeu a terapia algumas vezes ou tem dificuldade de ir às consultas agendadas pode ser trabalhado pelo terapeuta para que rompa essa barreira e consiga manter os compromissos agendados ao longo da terapia⁸⁴.

Além da terapia cognitivo-comportamental, outras abordagens para melhorar a adesão são empregadas, como suporte por pares, tratamento da depressão e envio de mensagens de texto. A mensagem de texto é uma prática eficaz, principalmente

no caso dos jovens acometidos pela doença. Rana *et al* (2015)⁸⁵ abordaram bem esse aspecto em um estudo realizado em Uganda. Nele, os autores concluíram que as mensagens SMS têm potencial para influenciar positivamente a adesão, pois os jovens que receberam as mensagens sentiram-se motivados e encorajados para dar seguimento ao tratamento. Além disso, elas facilitaram um adequado apoio social.

A variável significativa, neste estudo, foi o “caso de aids”, indicando que a probabilidade de não adesão ao tratamento antirretroviral é reduzida em aproximadamente 92% entre os indivíduos que desenvolveram a doença. Isso indica que o indivíduo sintomático adere mais ao tratamento. A adesão à TARV, portanto, está intimamente relacionada ao paciente sintomático. Nachega *et al* (2015)⁸⁶ observaram que alguns preditores atuam como determinantes tanto positivos quanto negativos na adesão. Tudo dependerá do momento em que eles se manifestam ou das circunstâncias. Teixeira *et al* (2000)⁸⁷ propõem esta hipótese quando afirmam que “a ausência de sintomas e o fato de sentir-se bem são apontados como causas para que o paciente não tome o medicamento por achar que ele não é necessário, só retornando ao seu uso quando voltar a sentir-se mal”

Este estudo possui limitações relacionadas ao seu delineamento transversal, que impede uma adequada avaliação da causalidade, e ao fato de ter uma amostra calculada para evidenciar efeitos grandes, limitando sua capacidade de identificar associações válidas de menor magnitude. Além disso, não foi possível recuperar informações sobre dados comportamentais dos pacientes devido à escassez de informação dos prontuários analisados, o que já era esperado por se tratar de um estudo baseado em dados secundários. Isso é particularmente importante para as variáveis comportamentais, como uso de álcool e outras drogas.

Por outro lado, a importância do estudo repousa no fato de identificar a presença de sintomas como um potencial fator de estímulo à adesão. Em um cenário de início precoce de terapia antirretroviral em indivíduos infectados, o resultado aqui apresentado ressalta a importância do desenvolvimento de estratégias precisas de estímulo à adesão, posto que tais indivíduos serão mais provavelmente assintomáticos. Em outras palavras, isto reforça a necessidade de que os serviços de saúde sejam mais criteriosos nas avaliações acerca dos níveis de adesão e sua efetividade⁷.

Assim, os desafios para que ocorra uma adesão satisfatória ao tratamento antirretroviral são inúmeros. São diversos estressores que podem atuar prejudicando a boa adesão, podendo ser enumerados: I – receio da divulgação do diagnóstico para amigos e familiares; II – regime terapêutico; III – estigma e discriminação; IV – dificuldades econômicas; V – possíveis barreiras para a utilização de serviços psicossociais; VI – desejos de grupos de apoio com outras pessoas que convivem com o HIV⁸⁸. Por isso, os serviços de saúde têm papel fundamental nesse contexto. São os profissionais da área da saúde que atuarão no processo de adesão, para que seja positiva e satisfatória. O investimento em capacitação do pessoal e o fornecimento de serviços localizados nos mais diversos locais, até mesmo nos de difícil acesso, ampliou e tornou a prestação de serviços mais eficiente. Os centros de referência especializados em atender esse público devem estar atentos a todas as condições do paciente, principalmente quando ele faz uso de drogas ilícitas ou apresenta comportamento considerado de risco⁸⁹.

Não há intenção, neste trabalho, de esgotar o tema relativo aos aspectos inerentes a assunto de tão grande dimensão como os fatores que podem interferir de forma significativa na adesão ao tratamento antirretroviral. Como demonstra a análise dos dados coletados, o elemento representado pela adesão é provido de grande complexidade, devendo ser abordado consistentemente, principalmente em uma situação em que a terapia é permanente e configurada pela administração de múltiplas drogas com vários efeitos adversos⁷⁸.

7 CONCLUSÃO

1. Em relação às variáveis sociodemográficas, os grupos não diferiram quanto ao gênero, ao estado civil e às duas categorizações referentes à ocupação.
2. Com relação às variáveis clínicas, os pacientes com diagnóstico de aids apresentaram melhor adesão. Este fato foi constatado na análise multivariada, onde foi demonstrado que ter aids reduz a probabilidade de não adesão em cerca de 92%.
3. A prevalência de não adesão foi de 43,3% da amostra.
4. Estratégias devem ser desenvolvidas visando às necessidades individuais e coletivas dos sujeitos, principalmente em um cenário de início precoce do tratamento, quando o fator motivador representado pela presença de sintomas muito frequentemente está ausente.

REFERÊNCIAS

1. Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/aids. *Rev Bras Enferm.* 2012. [acesso em 20 de ago 2016]; 65(1): 110-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/16.pdf>.
2. Marta CB, Leite JL, Peregrino AAF, Schutz V, Francisco MTR, Magnago C. Custos da adesão ao tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida: estudo transversal. *Rev Enferm UERJ.* 2014. [acesso em 31 ago 2016]; 22(2): 193-199. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283365151>.
3. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde.* 2010. [acesso em 10 out 2016]; 15 suppl. 1:S1201-1208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/029.pdf>.
4. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/aids [Internet]. Ano III n. 01, 1ª a 26ª semanas epidemiológicas. 2014. [acesso em 30 out 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global aids response progress reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011. United Nations Political Declaration on HIV and aids; guideline 2014. [acesso em 10 nov 2016]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2014_guidelines_en_0.pdf
6. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids. 2015. [acesso em 19 nov 2016]. Disponível em: http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf.
7. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico aids e DST. Brasília: Ano II. n. 01 – até a 26ª semana epidemiológica. 2015. [acesso em 30 mar 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
[anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf).
8. Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Rev Min Enferm.* 2011. [acesso em 17 nov 2016]; 15(2): 208-216. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/27>.
9. Cardim MG, Norte MS, Moreira MCN. Adesão de crianças e adolescentes à terapia antirretroviral: estratégias para o cuidado. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental Online.* 2013. [acesso em 18 nov 2016]; 5(5): 82-94. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1624>.

10. Ministério da Saúde. Manual Adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. 2008. [acesso em 24 ago 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adesao_web.pdf.
11. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2015. [acesso em 16 nov 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf.
12. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com aids nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015. [acesso em 15 out 2016]; 31(6): 1188-1198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1188.pdf>.
13. Tronca I. As máscaras do medo: lepra e aids. São Paulo: Editora Unicamp. 2000. p. 76-79.
14. Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005. p. 180-189.
15. Souza IM. Aids, 30 anos depois: quando a morte se oculta, a doença se esconde e a vida é regulada pelos medicamentos. [tese]. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2014. [acesso em 20 out 2016]. Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1425242307.pdf>.
16. Illife J, Kipp W. The African AIDS epidemic: A history. *Sex Transm Infect*. 2006. [acesso em 15 nov 2016]; 82(3): 266. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564758/>.
17. Ministério da Saúde. História da aids. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2010. [acesso em 02 jan 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>.
18. Sontag S. A aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras. 1988. p. 10-20.
19. Fee E, Fox D. Aids: the burdens of history. University of California Press. 1988.
20. Alves M, Paes PP, Almeida Jr., Wilson N. Recursos da História Oral em Narrativas Sobre o Hiv/Aids. In: *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*. São Paulo: Blucher, 2014. [acesso em 13 fev 2017]; 1(2). p. 326. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10755.pdf>.
21. MacCarthy S, Brignol S, Reddy M, Nunn A, Dourado I. Late presentation to HIV/AIDS care in Brazil among men who self-identify as heterosexual. *Rev Saude Publica*. 2016. [acesso em 24 dez 2016]; 22(1): 50-54. Disponível em:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988802/pdf/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006352.pdf>.
22. Maliska IC, Padilha MICS, Andrade SR. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2015. [acesso em 28 dez 2016]; 23(1): 15-20. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a03.pdf>.
 23. Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Editora HUCITEC. 2008. p. 5-10.
 24. Ferrari A. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. *Rev Bras Ed*. 2004. [acesso em 03 jan 2017]; 25:105-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n25/n25a09>.
 25. Ministério da Saúde. HIV foi descoberto em 1984. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2004. [acesso em 26 dez 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/hiv-foi-descoberto-em-1984>.
 26. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS*. 2002. [acesso em 25 dez 2016]; 16(18): 2373-2383. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12461410>.
 27. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Amaral CM, White D, Pope H, Swetzes C et al. Integrated behavioral intervention to improve HIV/AIDS treatment adherence and reduce HIV transmission. *Am J Public Health*. 2011. [acesso em 04 jan 2017]; 101(3): 531-538. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21233431>.
 28. Fonseca MGP, Bastos FI, Derriço M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saude Publica*. 2000. [acesso em 12 fev 2017]; 16 (supl. 1): 77-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>.
 29. Rocha FMG. *Política de prevenção ao HIV/Aids no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1999. 27p.
 30. Nichiata LYZ, Pereira AJ. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011. [acesso em 02 jan 2017]; 16(7): 3249-3257. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>.
 31. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *Global aids update*. [Internet]. 2016. [acesso em 3 jan 2017]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.
 32. Segú M. HIV/AIDS burden in rural Africa: the people's struggle and response of the international community. *Enfer Infec Microbiol Clin*. 2007. [acesso em 03 jan 2017]; 25(8): 97-99. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915106>.

33. Aidsinfo. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. 2016. [acesso em 10 fev 2017] Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>.
34. Silva JVF, Nascimento Junior FJM, Rodrigues APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de Saúde Pública. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014. [acesso em 3 jan 2016]; 2(1): 165-175. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1193/772>.
35. Gonçalves ZR, Kohn AB, Silva SD, Louback BA, Velasco LCM, Naliato ECO et al. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV-positivo cadastrados no município de Teresópolis, Rio de Janeiro. *J bras Doenças Sex Transm*. 2012. [acesso em 04 jan 2017]; 24(1): 9-14. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/5.%20Perfil%20Epidemiologico%20dos%20Pacientes%20HIV-Positivo%20Cadastrados%20no%20Municipio%20de%20Teresopolis.pdf>.
36. Longebeek, N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta analysis. *BMC Med*. 2014. [acesso em 19 jan 2017]; 12(1): 1-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148019/>.
37. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*. 2006. [acesso em 13 jan 2017]; 10(2): 345-355. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7693/5485>.
38. Aspelung HE, Van Wicy NC. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending an urban care facility. *Int J Nurs Pract*. 2008. [acesso em 13 jan 2017]; 14(1): 3-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190478>.
39. Arnett JJ. The right to do wrong: lying to parents among adolescents and emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*. 2004. [acesso em 15 fev 2017]; 33(2): 101-112. Disponível em: http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_the_right_to_do_wrong.pdf.
40. Abu-Baker NN, Haddad L, Savage C. The influence of second hand smoke exposure on birth outcomes in Jordan. *Int J Environ Res Public Health*. 2010. [acesso em 14 dez 2016]; 7(2):616-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872296/>.
41. Phillips NA, Cambiano V, Nakagawa F. Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: analysis of an extensively documented epidemic. *PLoS One*. 2013. [acesso em 02 dez 2016]; 8(2): e55312. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574102/>.
42. Joint United Nations Program on HIV/aids. The gap report. People who inject drugs. 2014. [acesso em 10 set 2016]. Disponível em:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

43. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2016. [acesso em 6 jan 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58607/cartilha_cuidado_integral_02_2016_pdf_12277.pdf.
44. El-Bassel N, Shaw SA, Dasgupta A. People who inject drugs in intimate relationships: it takes two to combat HIV. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014. [acesso em 10 dez 2016];11(1): 45-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096813/>.
45. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2015. [acesso em 12 jan 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf.
46. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. How to get to zero. 2011. [acesso em 26 dez 2016]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en_1.pdf.
47. Ministério da Saúde. Portaria n.204, de 17 de fevereiro de 2016. Brasília. [acesso em 13 jan 2017]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1470317018_2.%20Portaria%20204%20-%20LNC.pdf.
48. Ministério da Saúde. Adesão ao tratamento antiretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2010. [acesso em 8 jan 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/atar-web.pdf>.
49. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/aids. Ano V 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2016. [acesso em 6 jan 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf.
50. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Investir em redução de danos para usuários de drogas é necessário para o fim da epidemia de aids até 2030. 2016. [acesso em 29 dez 2016]. Disponível em: <http://unaids.org.br/2016/11/acabar-com-epidemia-de-aids-ate-2030-pessupoe-investimentos-em-reducao-de-danos-para-usuarios-de-drogas-injetaveis/>.
51. Mussime S, Muhairwe F, Rutagengwa A, Mutimura E, Anastos K, Hoover DR et al. Adherence to highly active antiretroviral treatment in HIV-infected Rwandan women. *PLoS One.* 2011. [acesso em 13 jan 2017]; 6(11):e27832. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219684/>.

52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo demográfico 2010. [acesso em 15 fev 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=32>.
53. Moreira-Silva SF, Zandonade E, Miranda AE. Mortality in children and adolescents vertically infected by HIV receiving care at a referral hospital in Vitoria, Brazil. *BMC Infect Dis*. 2015. [acesso em 15 fev 2017];15:155. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380259/>.
54. Miranda AE, Soares RA, Prado BC, Monteiro RB, Figueiredo NC. Mother to child transmission of HIV in Vitoria, Brazil: factors associated with lack of HIV prevention. *AIDS Care*. 2005. [acesso em 10 fev 2017];17(6):721-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036258>.
55. Fabbro MMFJD, Moraes SPZR, Cunha RV, Freitas HG, Botelho CA et al. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2005. [acesso em 13 fev 2017]; 14(2):105-110. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200006>.
56. Romanelli RMC, Pinto JA, Melo LJ, Vanconcelos MA, Pereira RM. Efetividade da terapia anti-retroviral dupla e tríplice em crianças infectadas pelo HIV. *J Ped*. 2006. [acesso em 02 nov 2016]; 82(4): 260-265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n4/v82n4a06.pdf>.
57. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Publica*. 2005. [acesso em 12 fev 2017]; 21(1): 207-2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/599/2/LANDMANN_Padrao%20de%20Comportamento%20ES_2005.pdf.
58. Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. 1996. [acesso em 12 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm.
59. Rossi SMG, Maluf ECP, Carvalho DS, Ribeiro CEL, Battaglin CRP. Impacto da terapia antiretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012. [acesso em 10 nov 2016]; 32(2): 117-123. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n2/v32n2a05.pdf>.
60. Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm*. 2009. [acesso em 20 nov 2016]; 62(2): 213-220. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a07v62n2.pdf>.
61. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*.

2003. [acesso em 10 out 2016]; 17(11): 1675-1682. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853750>.
62. Ministério da Saúde. Tratamento antirretroviral. [Internet]. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2014. [acesso em 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt/7>.
63. Newcomb ME, Bedoya CA, Blashill AJ, Lerner JA, O'Cleirigh C, Pinkston MM et al. Description and demonstration of cognitive behavioral therapy to enhance antirretroviral therapy adherence and treat depression in HIV-infected adults. *Cogn Behav Pract*. 2015. [acesso em 12 fev 2017]; 22(4): 430-438. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26688659>.
64. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach. 2016. [acesso em 12 jan 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1.
65. Brito MA. Fármacos recentes usados no tratamento da infecção pelo HIV-1 enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. *Rev Ciên Farm Básica Apli*. 2011. [acesso em 29 mar 2017]; 32(2): 159-168. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1283/1098.
66. Al-Dakkak I, Patel S, McCann E, Gadkari A, Prajapati G, Maiese EM. The impact of specific HIV treatment – related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 2013. [acesso em 4 set 2016]; 25(4): 400-414. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613968/>.
67. Lima FLA, Pichelli AAWS, Silva J. A convivência com HIV/AIDS em mulheres soropositivas. *Investigação qualitativa em saúde*. 2014. [acesso em 03 set 2016]; 2(1): 388-393. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/viewFile/554/549>.
68. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antiretroviral em adultos infectados pelo HIV. [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. [acesso em 14 jan 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c_2008montado.pdf.
69. Ministério da Saúde. Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil: desafios para a equidade e o acesso. [Internet]. Brasília: Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. 2008. [acesso em 5 jan 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf.
70. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia antiretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007. [acesso em 13 set 2016]; 16(4): 267-278. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>.
71. Silva MC, Ximenes RA, Miranda Filho DB, Arraes LW, Mendes M, Melo AC et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Rev Inst Med Trop São*

- Paulo. 2009. [acesso em 16 nov 2016]; 51:135-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19551287>.
72. Achappa B, Madi D, Bhaskaran U, Ramapuram JT, Rao S, Mahalingam S. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *N Am J Med Sci*. 2013. [acesso em 10 nov 2016]; 5(3): 220-223. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632027/>.
73. Reis CT, Czeresnia D, Barcellos C, Tassinari WS. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2008. [acesso em 15 jan 2017]; 24(6): 1219-1228. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/03.pdf>.
74. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Estatísticas. 2015. [acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: <http://un aids.org.br/estatisticas/>.
75. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites virais. Portal sobre AIDS [Internet]. Brasil. 2013. [acesso em 10 ago 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-adesao>.
76. Zago AM, Morelato P, Endringer EA, Dan GF, Ribeiro EM, Miranda AE. Abandonment of antiretroviral therapy among HIV-positive patients attendend at the reference center for HIV/AIDS in Vitória, Brazil. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*. 2012. [acesso em 5 de fev 2017]; 11(1):5-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21876214>.
77. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004. [acesso em 10 fev 2017]; 20 suppl.2: 310-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>.
78. Mukui IN, Ng'ang'a L, Williamson J, Wamicwe JN, Vakil S, Katana A, Kim AA. Rates and Predictors of Non-Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals in Kenya: Results from the Second Kenya AIDS Indicator Survey, 2012. *PLoS One*. 2016. [acesso em 14 fev 2017]; 11(12): e0167465. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5131960/>.
79. Dube BNR, Marshall TP, Ryan RP. Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2016. [acesso em 19 fev 2017]; 5:158. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029066/pdf/13643_2016_Article_333.pdf.
80. Singhanian R, Kotler DP. Lipodystrophy in HIV patients: its challenges and management approaches. *HIV AIDS (Auckl)*. 2011. [acesso em 18 fev 2017]; 3(1): 135–143. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257972/pdf/hiv-3-135.pdf>.
81. Alencastro PR, Barcellos NT, Wolff FH, Ikeda MLR, Schuelter-Trevisol F, Brandão ABM, Fuchs SC. People living with HIV on ART have accurate perception of lipodystrophy signs: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2017.

- [acesso em 20 fev 2017]; 10:40. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234247/pdf/13104_2017_Article_2377.pdf.
82. Berg KM, Wilson IB, Li X, Arnsten JH. Comparison among antiretroviral adherence questions. *AIDS Behav.* 2012. [acesso em 2 mar 2017]; 16(2): 461-468. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690952/pdf/nihms-452432.pdf>.
83. Giordano TP, Hartman C, Gifford AL, Backus LI, Morgan RO. Predictors of Retention in HIV Care Among a National Cohort of US Veterans. *HIV Clin Trials.* 2009. [acesso em 2 mar 2017]; 10(5): 399-405. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19906622>.
84. Olem D, Sharp KM, Taylor JM, Johnson MO. Overcoming Barriers to HIV Treatment Adherence: A Brief Cognitive Behavioral Intervention for HIV-Positive Adults on Antiretroviral Treatment. *Cogn Behav Pract.* 2014. [acesso em 3 mar 2017]; 21 (1): 206–223. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023352/>.
85. Rana Y, Haberer J, Huang H, Kambugu A, Mukasa B, Thirumurthy H, Wabukala P, Wagner GJ, Linnemayr S. Short Message Service (SMS)-Based Intervention to Improve Treatment Adherence among HIV-Positive Youth in Uganda: Focus Group Findings. *PLoS One.* 2015. [acesso em 24 fev 2017]; 10(4): e0125187. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400100/pdf/pone.0125187.pdf>.
86. Nachega JB, Uthman OA, Peltzer K, Richardson LA, Mills EJ, Amekudzi K, Ouédraogo A. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2015. [acesso em 20 fev 2017]; 93(1): 29-41. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271680/>.
87. Teixeira PR, Paiva V, Shima E, editores. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo.* 2.ed. São Paulo:Copidart. 2000. p. 5-26.
88. Brown JL, Vanable PA, Naughton JD, Carey MP. Identifying HIV-Infected Women's Psychosocial Stressors: Findings from a Qualitative Study. *J HIV AIDS Soc Serv.* 2015. [acesso em 3 mar 2017]; 14(2): 188-205. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731040/pdf/nihms725868.pdf>.
89. Bernard S, Tailor A, Jones P, Alexander DE. Addressing the Medical and Support Service Needs of People Living with HIV (PLWH) through Program Collaboration and Service Integration (PCSI). *Calif J Health Promot.* 2016. [acesso em 2 mar 2017]; 14(1): 1–14. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315455/pdf/nihms842307.pdf>.

APÊNDICE

Apêndice I

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data da coleta ___/___/___

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1.0 Data de nascimento: ___/___/___

1.1 Idade completa (em anos): _____

1.2 Sexo: () Masculino

() Feminino

1.3 Cor da pele: () Branco

() Negro

() Pardo

() Outros

() Ignorado

1.4 Estado civil/marital: () Solteiro(a)

() Casado(a)

() Divorciado(a)/Separado(a)

() Viúvo(a)

() União estável

() Ignorado

1.5 Escolaridade: () Nenhuma

() Primeiro grau incompleto

() Primeiro grau completo

() Segundo grau incompleto

() Segundo grau completo

() Superior Incompleto

() Superior Completo

() Ignorado

1.6 Ocupação: _____ () Ignorado

DADOS CLÍNICOS

2.0 Fonte de infecção: () Transfusão

() Transmissão sexual

() Uso de drogas injetáveis

() Uso compartilhado de seringa

() Ocupacional

() Transmissão Vertical

() Outros

() Ignorado

2.1 Tempo de diagnóstico para HIV: _____(meses) ou _____(anos)

2.2 Caso de aids: () Sim

() Não

2.3 Carga viral (último) – cópias/ml: () < 50 (indetectável)

() 50 a 100.000

() 100.001 a 500.000

() > 500.001

2.4 T-CD4 (quantidade de células – linfócitos): () < 200 células/mm³

() 200 a 350 células/mm³

() > 350 células/mm³

2.5 História prévia de infecção oportunista: () Sim

() Não

2.6 Uso de TARV: _____(meses)

2.7 Número de esquemas TARV: () Nunca usou

() Um

() Dois

Três

Quatro

> Quatro

2.8 Histórico de interrupção anterior da TARV: Sim

Não

Não relatado

ANEXOS

Anexo I

CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM ADOLESCENTES E ADULTOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM VITÓRIA, ES

Pesquisador: CRISPIM CERUTTI JUNIOR

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 46032915.9.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.323.290

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa referente que apresenta como pesquisador responsável Crispim Cerutti Junior, professor lotado no Departamento de Medicina Social.

JUSTIFICATIVA: A adesão é uma das variáveis principais nas quais os serviços de saúde podem interferir para aumentar a eficácia do tratamento, auxiliando os usuários na superação das dificuldades relacionadas ao tratamento, especialmente lidando com os desafios iniciais da terapia. Diversos fatores podem interferir no quesito adesão, dentre eles estão: a percepção do paciente em relação à doença, a noção de que a aderência poderá reduzir o risco de complicações ou morte e a confiança na equipe de saúde. Nesse sentido, a adesão é um fator determinante na resposta terapêutica, o que acaba por gerar desafios para sua manutenção. A infecção pelo vírus HIV é considerada de caráter crônico evolutivo e de potencial controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais processos evolutivos foram possíveis devidos aos avanços tecnológicos que contribuíram de forma benéfica para a vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV. O sucesso na infecção pelo HIV está relacionada à adesão ao tratamento, expressando-se por detecção da carga viral, melhoria da qualidade de vida dos

Continuação do Parecer: 1.323.290

pacientes e relações sociais afetivas e familiares mais satisfatórias.

OBJETIVO: Verificar os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral e os fatores associados a ela. Analisar e descrever o comportamento em relação à adesão ao tratamento antirretroviral dos pacientes com HIV/AIDS na faixa etária entre 13 e 59 anos atendidos em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), localizado no município de Vitória- ES no período entre 2007 e 2014. Verificar a associação do desfecho adesão com os fatores preditores sócio-demográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação; bem como os clínicos: fonte de infecção, tempo de diagnóstico para HIV, caso de aids, carga viral, linfócitos T-CD4, história prévia de Infecções oportunistas, uso da TARV, número de esquemas da TARV e histórico de interrupção da TARV.

LOCAL DO ESTUDO: Serviço de Atendimento Especializado ao paciente infectado pelo HIV.

INTERVENÇÃO/PROCEDIMENTOS: As informações serão obtidas por meio de uma ficha estruturada para coleta de dados. A ficha estruturada está dividida em duas etapas, uma contendo questionamentos relacionados aos aspectos sociodemográficos e a outra, aos aspectos clínicos. Serão obtidas informações oriundas dos prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Atendimento Especializado. Serão selecionados aqueles que estiverem na faixa etária entre 13 e 59 anos. Para a coleta dos dados foi elaborada uma ficha estruturada (APÊNDICE I) com questões relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas, que serão respondidas de acordo com os dados disponibilizados nos prontuários dos pacientes, após a aprovação do projeto.

BENEFÍCIOS: Compreensão dos fatores que interferem na adesão permitirá a elaboração de estratégias de intervenção mais efetivas.

Objetivo da Pesquisa:

- Verificar os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral e os fatores associados a ela.

- Analisar e descrever o comportamento em relação à adesão ao tratamento antirretroviral dos pacientes com HIV/AIDS na faixa etária entre 13 e 59 anos atendidos em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), localizado no município de Vitória- ES no período entre 2007 e 2014.

- Verificar a associação do desfecho adesão com os fatores preditores sócio-demográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação; bem como os clínicos: fonte de infecção, tempo de diagnóstico para HIV, caso de aids, carga viral, linfócitos T-CD4, história prévia de infecções

oportunistas, uso da TARV, número de esquemas da TARV e histórico de interrupção da TARV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: de acordo com o pesquisador, "Esse estudo não trará prejuízos aos sujeitos envolvidos. Os riscos serão mínimos, podendo ocorrer atraso no tempo previsto da coleta de dados ou falta de informação necessária nos prontuários dos pacientes investigados. O risco para os pacientes pode ser configurado sob o aspecto de quebra da confidencialidade, o que será prevenido pelas técnicas adequadas de coleta, pela restrição de acesso às informações e pela representação anônima da fonte. O compromisso com o anonimato é reiterado pelo termo de sigilo e confidencialidade devidamente assinado pelos pesquisadores. Os dados serão guardados com segurança pelo pesquisador responsável por um período de cinco anos após a realização da pesquisa."

- Benefícios: de acordo com o pesquisador, "compreensão dos fatores que interferem na adesão permitirá a elaboração de estratégias de intervenção mais efetivas."

- Desta forma, os riscos e benefícios informados estão de acordo com a Resolução do CNS nº 466.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios previstos prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a folha de rosto está adequada

- o projeto de pesquisa ("Informações Básicas do Projeto") e o orçamento estão adequados

- o termo de sigilo e confidencialidade devidamente assinado pelo pesquisador responsável é apresentado de forma adequada

- o documento autorizando o desenvolvimento do projeto na instituição é apresentado de forma adequada

Recomendações:

Antes de submeter ou ressubmeter seu projeto de pesquisa para o CEP verifique as recomendações abaixo:

Alguns projetos encaminhados ao CEP têm apresentado problemas que tem dificultado a apreciação dos mesmos, atrasando a emissão do parecer e sobrecarregando o colegiado com o grande número de projetos com pendências. Desta forma, o CEP, vem por meio desse encaminhar algumas recomendações, baseadas na RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 a serem observadas para agilizar a avaliação dos projetos.

1. De acordo com a referida resolução, XI.2 "Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou a CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa", ou seja, **NENHUMA ETAPA DA PESQUISA QUE ENVOLVA QUALQUER CONTATO COM OS PARTICIPANTES OU SEUS DADOS PODE SER INICIADA ANTES DA APROVAÇÃO DO CEP.**

2. A res. CNS 466/12 dispõe: "V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS; Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados", portanto o pesquisador deverá prever quais situações poderão atingir física ou mentalmente um sujeito. Questionários, por exemplo, podem demandar tempo, causar constrangimento, fazer a pessoa a reviver experiências que podem causar sofrimento psíquico, causar ansiedade, expor informações de um grupo ou comunidade específica, etc. Assim o pesquisador deverá, em todo tipo de projeto, relatar os possíveis riscos mesmo que mínimos, e também as providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir os riscos citados.

3. O cronograma deve prever o tempo para os trâmites no CEP. Deve-se considerar a possibilidade do projeto não ser aprovado na primeira avaliação e possuir pendências, além do calendário de reuniões. Dessa forma, o projeto depois de adaptado terá que ser novamente avaliado. Isso pode acarretar em atrasos. Assim, nunca deixe para submeter o projeto, contanto com a aprovação na primeira avaliação.

4. Cumprir com rigor as exigências da Res. CNS 466/12, IV, que trata do Consentimento Livre e Esclarecido. Foi disponibilizado um modelo de TCLE pelo CEP – CCS/UFES a fim de auxiliar na elaboração do referido documento.

5. Verificar se o projeto está sendo vinculado ao CCS, pois caso contrário o projeto pode ser encaminhado para outro CEP/UFES.

6. A Folha de Rosto que deverá ser digitalizada e anexada ao protocolo será gerada pela plataforma. Não usar o modelo disponível no site do CONEP.

7. Caso tenha alguma dificuldade em utilizar a Plataforma Brasil (como inclusão de anexo, etc), sugerimos mudar de navegador.

8. Informar e comprovar a existência de Biorrepositório ou Biobanco. A não comprovação inviabiliza a aprovação do projeto.

9. Caso o acesso aos participantes ocorra em local diferente da instituição proponente, uma carta de anuência assinada pelo responsável por este local precisa ser apresentada — por exemplo, hospital, unidade de saúde, escola, asilo, creche, etc.

10. Caso no projeto conste o uso de dados secundários, como prontuários médicos ou outros

bancos de dados do tipo, uma carta de anuência assinada pelo responsável pelos dados precisa ser apresentada. Neste caso, ainda é obrigatório a apresentação de um termo de sigilo, privacidade e confidencialidade assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto proposto.

11. O orçamento detalhado precisa ser apresentado, independentemente se o projeto caracteriza-se como "financiamento próprio" ou não.

ALGUNS DOCUMENTOS IMPORTANTES

- Resolução CNS nº 466/12 — diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Resolução CNS nº 441/11 — armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa (Biorrepositório ou Biobanco).

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>

- Modelo para elaboração do TCLE preparado pelo CEP/CCS/UFES

<http://ccs.ufes.br/sites/ccs.ufes.br/files/Modelo%20de%20TCLE.pdf>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram adequadas e o projeto está de acordo com as exigências do CEP/CONEP de acordo com a resolução do CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_530680.pdf	12/11/2015 15:39:01		Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias_projeto.doc	12/11/2015 15:38:15	CRISPIM CERUTTI JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Adesao_versao_5.doc	12/11/2015 15:19:24	CRISPIM CERUTTI JUNIOR	Aceito
Outros	Pendencias_projeto.docx	22/09/2015 23:53:35	CRISPIM CERUTTI JUNIOR	Aceito
Outros	Pendências_projeto3.doc	05/08/2015 22:51:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	documento.jpg	05/08/2015 22:36:16		Aceito

Outros	Termo de Sigilo assinado.pdf	05/08/2015 22:34:52		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	11/06/2015 12:54:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 15 de Novembro de 2015



Assinado por:
Cinthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Anexo II

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM ADOLESCENTES E ADULTOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM VITÓRIA-ES" de autoria de KAMILA TESSAROLO VELAME. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 5 agosto de 2015.

Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

2015/08/05/10:40

Av. Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria, CEP 29051-250
E-mail: <escolasau@correio1.vitoria.es.gov.br> Tel/Fax.: 3132-5194 ou 3132-5074

Anexo III

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral em adolescentes e adultos com HIV/AIDS atendidos em Serviço de Atendimento Especializado em Vitória, ES.

Pesquisadores responsáveis:

Crispim Cerutti Junior (27) 99941-3195

Endereço eletrônico: fil.cris@terra.com.br

Kamila Tessarolo Velame (27) 99797-3707

Endereço eletrônico: kamila_tessarolo@hotmail.com

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes atendidos na instituição proponente. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados e nenhum outro dado que possa identificá-los. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos. Essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Declaro estar ciente e de acordo do inteiro teor deste TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE.



Crispim Cerutti Junior



Kamila Tessarolo Velame

Vitória, 05 de agosto de 2015.