

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

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS
COM HIV/AIDS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Samuel Spiegelberg Zuge

Santa Maria, RS, Brasil.

2013

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM HIV/AIDS**

Samuel Spiegelberg Zuge

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil.

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Zuge, Samuel Spiegelberg
Fatores relacionados à adesão ao tratamento
antirretroviral de adultos com HIV/Aids / Samuel
Spiegelberg Zuge.-2013.
141 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 2. HIV.
Enfermagem 3. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade
4. Fármacos Anti-HIV 5. Adesão ao medicamento I. Padoin,
Stela Maris de Mello II. Magnago, Tânia Solange Bosi de
Souza III. Título.

© 2013

Todos os direitos autorais reservados a Samuel Spiegelberg Zuge. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: samuelzuge@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

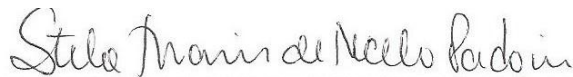
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM HIV/AIDS**

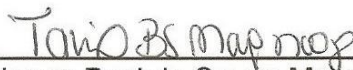
Elaborada por
Samuel Spiegelberg Zuge

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

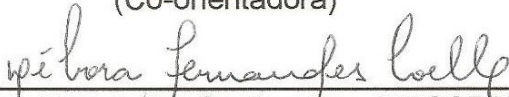
COMISSÃO EXAMINADORA:



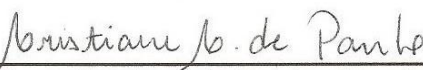
Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)




Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)



Débora Fernandes Coelho, Dra. (UFSCPA)
(Titular)



Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)
(Titular)


Eduardo Remor, Dr. (Universidad Autónoma de Madrid)
(Suplente)

Santa Maria, 06 de maio de 2013.

Dedico este trabalho a pessoa que a cada dia torna-se mais importante em minha vida, foi fruto de muita oração. O tempo permitiu torná-la minha inspiração, tornou-se mais do que simplesmente esposa e colega, mas sim uma companheira, uma verdadeira amiga de todas as horas.

Crhis amo muito você.

Deus, obrigado por este maravilhoso presente.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a **Deus** por iluminar o meu caminho e por reservar tantos momentos e oportunidades bons à minha vida.*

Aos meus amados pais, Elpídio e Zita, que me propiciaram a vida, jamais deixaram de acreditar no meu potencial e me passaram valores tão especiais para ser hoje quem eu sou.

Por tudo isso, amo vocês!

Aos meus irmãos, Diego e Gabriel, por compreenderem minha ausência e vibrarem juntos com as minhas conquistas.

As minhas cunhadas, Camila e Amanda, e a meu cunhado Daniel, obrigado por fazerem parte de minha vida.

Aos meus amigos e colegas do mestrado, Andressa e Crhis, cresci muito junto com vocês e já estou sentindo falta de nossas discussões.

Aos meus amigos Cezar, Luciana, e seus filhos Guilherme e Pedro, obrigado por tudo, vocês são muito especiais para minha vida.

A família PEFAS, Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, em especial a Érika, Marcelo e Juliane, que além de colegas de grupo, acabaram se tornando grandes amigos, crescemos e aprendemos juntos.

Aos demais, colegas que ajudaram em alguma etapa, do projeto TARV IV, pela disponibilidade e pelas imprescindíveis contribuições a este trabalho.

Em especial e em memória a Iivelton Koglin, que contribuiu diretamente na coleta de dados desta pesquisa. Agradeço a Deus por você ter feito parte de minha vida. Estamos todos sentindo muito sua falta.

A Profa. Dr. Stela Maris de Mello Padoin, orientador deste trabalho, por acreditar em mim. Sua dedicação e conhecimentos compartilhados contribuíram muito para meu crescimento profissional.

A minha coorientador Profa. Dr. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, que com paciência e incansável presteza, me ajudou a superar limitações, proporcionando inúmeros momentos de aprendizagem.

A Profa. Dra. Cristiane Cardoso de Paula, pela ajuda na construção deste trabalho, pelo carinho e dedicação em todos os momentos.

A Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho e Prof. Dr. Eduardo Remor por consentirem fazer parte desta construção, qualificação e aprimoramento deste trabalho. Sinto-me honrado com a presença de vocês!

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por contribuir e fazer parte de minha trajetória profissional e pessoal.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de aprendizado.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria pelos momentos de discussão e aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pela concessão de bolsa de mestrado, ambos oportunizaram realizar o curso de mestrado de maneira integral, possibilitando um aprendizado singular.

Aos profissionais do Ambulatório de Doenças Infecciosas – Adulto e Unidade Dispensadora de Medicamentos do Hospital Universitário de Santa Maria, que permitiram e contribuíram para a realização desta pesquisa.

E com certeza muitas outras pessoas que contribuíram para este trabalho, a todos o meu profundo agradecimento.

*“O melhor destino que se pode dar a uma
Vida é dedicá-la a algo que dure mais
do que a própria vida”.*

Goethe

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM HIV/AIDS

AUTOR: SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE

ORIENTADORA: STELA MARIS DE MELLO PADOIN

CO-ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Local e data da defesa: Santa Maria, 06 de Maio de 2013.

O objetivo foi analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS, atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, envolvendo 179 adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Utilizou-se um instrumento de pesquisa, composto por dados sobre o perfil econômico, demográfico, social e perfil clínico; a versão brasileira do “Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” e a Escala de expectativa de autoeficácia ao tratamento antirretroviral. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística foi realizada no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for Windows. Dos 179 adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS, 50,8% eram do sexo masculino, 23,5% encontravam-se na faixa etária de 45 a 49 anos, idade média (43,21, \pm 10.48), 62,6% residiam no município de Santa Maria, em 68,6% a via de transmissão do HIV foi a sexual. O alfa de Cronbach da escala de adesão e de expectativa de autoeficácia foi, respectivamente, 0,78 e 0,93. Dos adultos em tratamento antirretroviral, 83,2% foram definidos como não aderentes (score bruto \geq 83; percentil \geq 85). A expectativa de autoeficácia para a adesão ao tratamento antirretroviral apresentou média de 95,04% (\pm 9,11). Por meio da análise bivariada foi encontrada relação estatística significativa entre adesão e a raça, escolaridade, carga viral, ao como é manter o acompanhamento de sua saúde no serviço, a propensão para alcoolismo, mudança no estilo de vida, necessidade de utilizar medicações psiquiátricas. Identificou-se correlação alta e positiva entre expectativa de autoeficácia para seguir o tratamento e adesão ao tratamento antirretroviral. Evidenciou-se também relação significativa entre adesão, escolaridade, manter o acompanhamento de saúde no serviço e mudança no estilo de vida. A adesão apresentou correlação significativa alta e direta com expectativa de autoeficácia ($r= 0,637$, $p<0,01$), tempo de diagnóstico ($r= - 0,175$, $p<0,05$), baixa e inversa com número de comprimidos ($r= - 0,301$, $p< 0,01$), muito baixa entre e tempo de tratamento ($r= - 0,165$, $p< 0,05$), baixa e direta com a carga viral ($r= 0,344$, $p<0,01$). Conclui-se que adesão ao tratamento antirretroviral esta relacionada a inúmeros fatores que podem interferir na eficácia do tratamento. A partir da análise da adesão e dos fatores que podem influenciar no tratamento antirretroviral será possível estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo a esta população.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Fármacos Anti-HIV. Adesão ao medicamento. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

FACTORS RELATED TO THE ADHERENCE TO THE ANTIRETROVIRAL TREATMENT OF ADULTS WITH HIV/AIDS

AUTHOR: SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE

ADVISER: STELA MARIS DE MELLO PADOIN

CO-ADVISER: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Date and Place of Defense: Santa Maria, May 06, 2013.

The objective was to analyze the factors related to the adherence to the antiretroviral treatment of adults with HIV/AIDS, who were treated at the University Hospital of Santa Maria. This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, involving 179 adults subjected to antiretroviral treatment for the HIV/AIDS. The data collection was held from January to July 2012, after approval by the Research Ethics Committee from the Federal University of Santa Maria. We have used a research tool consisted of data about the economic, demographic, social and clinical profiles; the Brazilian version of the "*Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*" and the Scale of self-efficacy expectancy to the antiretroviral treatment. After checking for errors and inconsistencies, the statistical analysis was performed by using the program PASW ® Statistics (Predictive Analytics Software, from SPSS Inc., Chicago - USA), version 18.0 for Windows. Of the 179 adults undergoing antiretroviral treatment for the HIV/AIDS, 50,8% were male, 23,5% were aged from 45 to 49 years (average age 43,21, ± 10,48), 62,6% lived in the city of Santa Maria; in 68,6% the route of HIV transmission was the sexual one. The Cronbach's alpha indexes of the scale of adherence and of self-efficacy expectancy were, respectively, 0,78 and 0,93. Of the adults under antiretroviral treatment, 83,2% were defined as non-adherents (raw score ≥ 83; percentile ≥ 85). The self-efficacy expectancy for the adherence to the antiretroviral treatment showed an average of 95,04% (± 9,11). Through bivariate analysis, it was found a statistically significant relationship between adherence and breed, schooling, viral load, the act of keeping the follow-up of your health in the service, the propensity to alcoholism, change in the lifestyle and necessity to use psychiatric medications. We have found a high and positive correlation between self-efficacy expectancy to follow-up the treatment and the adherence to the antiretroviral treatment. It was also evidenced a significant relationship among adherence, schooling, the act of keeping the follow-up of your health in the service and change in the lifestyle. The adherence showed a significant and direct correlation with self-efficacy expectancy ($r=0,637$, $p < 0,01$), time of diagnosis ($r = - 0,175$, $p < 0,05$), low and reverse with the number of pills ($r = - 0,301$, $p < 0,01$), very low between and treatment time ($r = - 0,165$, $p < 0,05$), low and direct with the viral load ($r = 0,344$, $p < 0,01$). We conclude that adherence to the antiretroviral therapy is related to numerous factors that might interfere with the effectiveness of the treatment. From the analysis of adherence and of factors that might influence in the antiretroviral treatment, one can establish strategies of individual and collective care towards this population.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Antiretroviral Therapy, Highly Active. Anti-HIV Agents. Medication Adherence. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 – Fluxograma da seleção das referências.....43

Artigo 2

Figura 2 – Categorias analíticas teóricas da vulnerabilidade aplicada aos fatores que predisõem à não adesão a TARV na população de adultos com HIV/AIDS. N= 3162

Artigo 4

Figura 3 – Regressão Linear Simples entre adesão e Expectativa de Autoeficácia de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho - 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 201397

Figura 4 – Associação entre Adesão e Expectativa de Autoeficácia de adultos em TARV para o HIV, Janeiro a Julho - 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 201397

LISTA DE QUADROS

INTRODUÇÃO

Quadro 1 – Situações que dificultam a autoeficácia36

Quadro 2 – Artigos que compõem os resultados da pesquisa.....38

Artigo 1

Quadro 3 – Definição da Natureza e Tendência da produção científica na temática adesão a TARV de adultos com HIV/AIDS42

Quadro 4 – Corpus da Pesquisa53

Artigo 2

Quadro 5 – Corpus da pesquisa73

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 2

Gráfico 1 – Distribuição das produções científicas, segundo o período de publicação. MEDLINE/LILACS, 1996-2010, N=3159

LISTAS DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Caracterização das produções científicas, segundo a área de conhecimento, procedência e período de publicação. MEDLINE/LILACS, 1996-2011. N=40.....	43
--	----

Artigo 2

Tabela 2 – Caracterização das produções científicas, segundo a área de conhecimento, procedência e delineamento de pesquisa. MEDLINE/LILACS, 1996-2010, N = 31.....	60
---	----

Artigo 3

Tabela 3 – Relação entre as condições sociodemográficas e econômicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS e a adesão ao tratamento antirretroviral. Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013	81
Tabela 4 – Relação entre características clínicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral, Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013	82
Tabela 5 – Relação entre as características comportamentais dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral. Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013.	83

Artigo 4

Tabela 6 – Comparação de médias entre Adesão, Expectativa de Autoeficácia e demais variáveis do estudo de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013	98
Tabela 7 – Correlação de Pearson entre Adesão, Expectativa de Autoeficácia e demais variáveis do estudo de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013	99

LISTAS DE ANEXOS

Anexo A – Manual de Capacitação das coletas de dados	121
Anexo B – Instrumento de coleta de dados.....	126
Anexo C – Carta de apreciação do Cômite de Ética em Pesquisa.....	139
Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	140
Anexo E – Termo de Confidencialidade privacidade e segurança dos dados.....	141

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	29
1 RESULTADOS	39
1.1 Artigo 1 – Adesão à terapia antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: natureza e tendência da produção científica	39
Resumo.....	39
Abstract	39
Resumen.....	40
Introdução	40
Metodologia.....	41
Resultados	43
Discussão.....	45
Considerações Finais.....	47
Referências	47
Anexo.....	50
1.2 Artigo 2 – Fatores predisponentes à não adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: Revisão Integrativa	55
Resumo.....	55
Abstract	55
Resumen.....	56
Introdução	56
Metodologia.....	57
Resultados	59
Discussão.....	63
Considerações Finais.....	66
Referências	67
Anexo.....	69
1.3 Artigo 3 – Fatores que influenciam na adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS	75
Resumo.....	75
Abstract	75
Introdução	76
Método	78
Resultados	80
Discussão.....	83
Conclusão	86
Referências	88

1.4 Artigo 4 – Relação entre Adesão e Expectativa de Autoeficácia ao Tratamento Antirretroviral de adultos com HIV/AIDS	91
Resumo	91
Abstract.....	91
Resumen	92
Introdução.....	92
Método	94
Resultados	96
Discussão	100
Considerações Finais	102
Referência.....	103
2 DISCUSSÃO	107
3 CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS	115
ANEXOS.....	119

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, e ganha destaque pelas desigualdades sociais e regionais que o País é acometido. A propagação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), desde seu descobrimento, é representada pela mudança no perfil epidemiológico e nos traços da epidemia (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2001).

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso em 1981, até junho de 2012, foram realizadas 656.701 notificações da doença. A região sul ocupa a segunda posição, com maior número de notificações, totalizando 16,7% (BRASIL, 2012a).

A população mais atingida é composta por pessoas entre 20 a 49 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde, por meio do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Departamento de Tecnologia da Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) – DST/AIDS, no período de 2000 a 2012, a notificação no Brasil nesta faixa etária foi de 83,4% (BRASIL, 2012a).

Nas notificações da epidemia verifica-se, o aumento nos casos entre adultos acima de 50 anos, passando de 17,5% em 1997 para 33,3% em 2009. Totalizam 71.994 casos nesse segmento populacional, de 1982 até junho de 2010 (BRASIL, 2010).

Ao longo dos mais de 30 anos de epidemia se observa que a preocupação da comunidade científica estava focalizada em estudos para a identificação dos indivíduos com a doença, os seus meios de transmissão, as formas de prevenção e o controle da doença. Surge, a partir da descoberta da Zidovudina (AZT), o primeiro tratamento para a AIDS, que possibilitou a diminuição da carga viral do HIV circulante e o aumento da quantidade de células TCD4 (CECCATO, *et al.*, 2004).

Este avanço científico e tecnológico representa um importante marco no contexto da AIDS, que ocorreu a partir do surgimento de uma nova classe medicamentosa, os inibidores da protease, que demonstra o aumento da sobrevida de indivíduos com AIDS (CECCATO, *et al.*, 2004).

Atualmente, estão disponíveis para a realização do esquema medicamentoso cinco classes de antirretrovirais: inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRNN), inibidores da protease (IP), inibidor de fusão e inibidor da integrase. Dentre as cinco classes de antirretrovirais, o Ministério da Saúde disponibiliza 21 medicamentos, os quais agem de forma distinta conforme a ação do HIV no seu ciclo (BRASIL, 2012; RODRIGUES, et al., 2009).

Esses novos regimes terapêuticos têm demonstrado a capacidade de diminuir ou mesmo de tornar indetectável a carga viral do HIV (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007). Nesse sentido, a Terapia Antirretroviral (TARV), possibilita a diminuição da morbidade e mortalidade e o aumento significativo na expectativa e na qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo HIV (POLEJACK, SEIDL, 2010).

Entre as estratégias para reduzir os agravos da epidemia no Brasil, destaca-se a política de distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais (ARVs) aos indivíduos com HIV e doentes de AIDS. Os resultados da realização da terapia permitiram a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do sistema imunológico. Estes têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física dos indivíduos com HIV/AIDS, permitindo que elas retomem e concretizem seus planos de vida (BASTOS, 2006).

Destaca-se que até março de 2010, aproximadamente 200 mil indivíduos encontram-se em TARV no Brasil, e que em 2009, cerca de 25 mil indivíduos iniciaram a terapia (HALAL, et al., 2010). No entanto, o sucesso da terapia sofre influência de diversos fatores que implicam no grau de adesão ao tratamento. Dentre esses fatores destacam-se a disponibilidade de acesso aos serviços, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retiradas de medicamentos, entre outros, tornando-se assim, um processo interativo, dinâmico e contínuo (CARACIOLO, *et al.*, 2008).

Nesse sentido, a adesão é considerada o determinante da resposta terapêutica. O que implicará em desafios para sua manutenção (POLEJACK, SEIDL, 2010), considerado um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano dos indivíduos com o HIV/AIDS, o que pressupõe a sua participação nas decisões (PADOIN, *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (PEFAS), da Universidade Federal de Santa Maria

(UFSM), o qual estou vinculado à linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da AIDS”, proporcionou inquietações relacionadas aos fatores que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS, despertando interesse e aprofundamento dos conhecimentos em relação a esta temática.

Essas inquietações surgiram a partir de encontros com indivíduos com HIV/AIDS, proporcionadas inicialmente pela participação em projetos de extensão, como “Acompanhamento multiprofissional de crianças com HIV/AIDS e seus familiares e/ou cuidadores” (Anjos da Guarda) e o “Lúdico e educação: uma proposta para humanizar o cuidado em Enfermagem às crianças com o HIV/AIDS” (Cantinho Mágico)(PADOIN; PAULA, 2012). E no Grupo de adultos com HIV/AIDS, o qual proporciona discussões entre os pares, acerca principalmente, das questões relacionadas à adesão ao tratamento antirretroviral.

E das ações extensionistas, pela participação em projetos de pesquisa intitulado “Indicadores de vulnerabilidade de adultos e idosos na adesão ao tratamento antirretroviral em serviços de referência na metade sul do Rio Grande do Sul/RS”, por meio de coleta e análise de dados, realizado no ano de 2010 a 2011, foi possível observar a necessidade de apontar os fatores que interferiam na realização do tratamento antirretroviral (PADOIN, et al 2011).

Assim, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que a adesão ao tratamento antirretroviral é considerada prioridade nas atividades de assistência e controle da epidemia da AIDS no País. No entanto, necessita-se que os serviços de saúde priorizem as avaliações acerca dos níveis de adesão ao tratamento, bem como a sua efetividade.

A adesão além de implicar na saúde individual, está associada à potencial transmissão da infecção em nível coletivo. Portanto, conhecer os fatores que envolvem a adesão dos pacientes atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), permitirá estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo. Poderão ser essas mediadas pela enfermagem e por outros profissionais da área da saúde, uma vez que, ao considerar a complexidade do tema, o que se busca são subsídios para pautar ações entre a equipe multiprofissional que atende indivíduo.

Diante desse contexto, é fundamental que os enfermeiros, junto com os demais profissionais da saúde, estejam preparados para identificar as fragilidades, as barreiras e os enfrentamentos sociais relacionados à problemática da adesão.

Esses, permitidos pela escuta ativa e pelos vínculos estabelecidos com os indivíduos com HIV/AIDS, com vistas a avaliar e propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão ao tratamento antirretroviral.

Diante do exposto, destaca-se como questionamento norteador da pesquisa:

- quais são os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS?

Para tanto, destaca-se como objeto de estudo: **a adesão ao tratamento antirretroviral no seguimento populacional de adultos (≥ a 20 anos) com HIV/AIDS.**

Tem-se como objetivos do estudo: Analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS e avaliar a relação entre autoeficácia e a adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, fundamentado na abordagem quantitativa, realizado no município de Santa Maria / Rio Grande do Sul (RS) / Brasil. O campo de estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria. Este é um hospital público e de ensino, de nível terciário, e de referência em saúde para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul (RS), com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

A especialidade do HIV/AIDS é tratada no Ambulatório de Doenças Infecciosa (ADI), desde o surgimento dos primeiros casos de AIDS notificados em Santa Maria, e realiza assistência a uma ampla clientela, de todas as faixas etárias. Para acompanhar o crescente número de pessoas infectadas pelo vírus, esta especialidade ampliou o seu serviço para além das unidades de internação, prestando o acompanhamento ambulatorial aos seus pacientes (COSTA, 2006).

O ADI para os indivíduos com HIV/AIDS disponibiliza semanalmente uma agenda multiprofissional de atendimentos, a fim de atender especificamente as necessidades de cada paciente. A dispensação de medicamentos para a TARV é realizada pela Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do HUSM.

A população da pesquisa foi composta por 432 adultos cadastrados para a TARV, segundo dados do serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e UDM. Desta, 179 pacientes fizeram parte da amostra. A seleção foi realizada por conveniência, pela demanda a partir da chegada para o atendimento no ADI.

Para calcular o tamanho da amostra utilizou-se uma fórmula estatística (LOPES, et al. 2008), com precisão de 5.7%, e intervalo de confiança de 95% e proporção de 50%:

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador mestrando e por auxiliares de pesquisa, que foram devidamente capacitados. A capacitação ocorreu em janeiro de 2012, sendo criado para esse momento, um manual de coleta de dados (ANEXO A).

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento composto por três partes (ANEXO B):

Parte 1 – Questionário de caracterização dos adultos com HIV/AIDS. Esse integrou os dados sociodemográficos, econômicos e perfil clínico, o qual foi pré-testado a fim de verificar a necessidade de adequação das questões.

Parte 2 – Questionário autoaplicável, denominado “Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS” (CEAT – VIH), desenvolvido por Remor (2002) e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007). Tal instrumento objetiva identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Tem um caráter multidimensional, pois abrange os principais fatores que podem modular o comportamento da adesão em relação ao tratamento.

Parte 3 – Escala de “expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral”, desenvolvida e validada por Leite *et al.* (2002). Construída de modo que os itens reflitam o nível de experiência dos sujeitos no tratamento para o HIV/AIDS e avalia a dificuldade em seguir as prescrições do tratamento em situações que exigem maior planejamento, atenção e organização para tomar a medicação, situações que tenderiam a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, experiências negativas com a medicação e os efeitos negativos presentes neste processo.

Para a inserção dos dados foi utilizado o programa *Epi-info®*, versão 3.5, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada por meio do programa *PASW Statistics®* (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for windows.

Assim, foi verificada a aderência dos dados, a fim de avaliar se a distribuição era normal ou não (FIELD, 2009). As variáveis qualitativas foram descritas por meio

da frequência absoluta e relativa, enquanto que as quantitativas pela média e desvio padrão, quando satisfizessem a suposição de normalidade, ou mediana e intervalo interquartil, no caso de não atenderem a distribuição normal.

A consistência interna do CEAT-VIH e da escala de expectativa da autoeficácia ao tratamento antirretroviral foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach, a fim de verificar a fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe, de maneira que valores acima de 0,70 são confirmativos para este fim, (BISQUERRA, SARRIELA, MARTINEZ, 2004; FIELD, 2009).

A adesão ao tratamento antirretroviral foi avaliada por meio da versão brasileira do CEAT – VIH. Este questionário é constituído por 20 questões, no qual os itens incluem as seguintes dimensões (REMOR, 2010):

- conformidade com o tratamento, que inclui as variáveis: a adesão na última semana; adesão geral desde o início do tratamento, a adesão na ingestão dos horários do medicamento; avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral; e se o indivíduo recorda os nomes dos medicamentos que utiliza no seu tratamento.

- fatores que modulam a adesão ao tratamento, inclui as variáveis: o histórico de não adesão, que inclui deixar de tomar a medicação por se sentir melhor; por se sentir pior depois da ingestão da medicação; por estar com o estado emocional alterado.

- a interação entre o profissional e paciente: a equipe profissional reforça a importância de os pacientes aderirem aos medicamentos, ainda avalia o relacionamento entre ambos.

- as crenças do paciente relacionadas ao esforço e do tempo que implica no cumprimento de seu tratamento, dificuldades percebidas para seguir o tratamento e as expectativas de autoeficácia em tomar os medicamentos e dos resultados esperados.

- a avaliação da gravidade dos efeitos colaterais associados com a ingestão dos medicamentos, do grau de informações sobre os antirretrovirais, do grau de satisfação em tomar os medicamentos, a percepção de melhoria da saúde e a utilização de estratégias que lembrem os pacientes a tomar os medicamentos.

A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). O grau de

adesão ao tratamento antirretroviral foi classificado em “aderentes” e “não aderentes” (REMOR, 2010).

A tabela de codificação das respostas do questionário CEAT-VIH e a Escala de Pontuação Transformada, que permitem identificar por meio CEAT-VIH o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, não se encontra descrita no projeto, por solicitação do autor do instrumento.

As demais variáveis do estudo foram avaliadas:

1) Características sociodemográficas e econômicas: idade (anos completos), sexo (Feminino, Masculino), raça (conforme IBGE), escolaridade (não estudou, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, Superior incompleto, Superior completo), local de residência, situação conjugal (convive com esposo (a) ou companheiro, solteiro (a), separado (a), divorciado (a) ou viúvo (a)), número de filhos, renda *per capita*, número de dependentes, profissão, situação de emprego (Sim, Não).

2) Características clínicas: tempo do diagnóstico do HIV (meses), modo de transmissão do HIV; infecções oportunistas, valores de carga viral plasmática, níveis de linfócitos T-CD4, medicações antirretrovirais utilizadas, números de comprimidos e posologia (frequência), utilização de medicações psiquiátricas.

3) Escala de expectativa de autoeficácia a TARV: é unifatorial com 21 itens, com respostas em Escala Likert de cinco pontos (0 = com certeza não vou tomar; 1 = acho que não vou tomar; 2 = não sei; 3 = acho que vou tomar; 4 = com certeza vou tomar). A escala de autoeficácia avalia a expectativa do paciente em relação ao seguimento da prescrição, para tanto segundo Leite, *et al.* (2002), ela apresenta tópicos que representam situações que dificultam a ingestão deste medicamento (Quadro 1).

Itens	Situações
5, 6, 7, 13, 16, 17 e 19	Situações que exigem um maior planejamento, organização e atenção durante a ingestão deste medicamento. Esses itens correspondem as atividades de concentração, e não rotineiras ou fora de casa e situações sociais de lazer.
1 e 2	Situações que tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, incluindo a carga viral plasmática indetectável e bom estado de saúde.
12, 20 e 8	Situações que afetam a confiança no tratamento e a descontinuidade no atendimento clínico, ou acha o tratamento desnecessário ou o mau estado de saúde.
10, 15, 18 e 21	Situações que representam experiências negativas com a medicação antirretroviral e afetos negativos de qualquer natureza, das quais incluem, sentir que os comprimidos tem gosto ruim ou cheiro forte, ter dificuldade para engolir e sentir efeitos adversos da medicação.
3, 4, 11, 9 e 4	Situações representadas como negativas, como sentir-se aborrecido, deprimido, nervoso e irritado, discriminado ou rejeitado, e com medo da discriminação ou crítica social.

Quadro 1 – Situações que dificultam a autoeficácia

Para calcular os escores serão somados os valores das 21 questões, e subtraído desse valor o mínimo assumido pela escala (no caso, zero), para assim, dividir a amplitude da escala (84-0), multiplicando por 100. Estes escores propõem uma variável contínua e pode variar de 0 a 100, na qual, os valores mais altos indicam melhor expectativa de autoeficácia para adesão à TARV.

Neste estudo foram realizadas análises bivariadas com objetivo de avaliar a relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Nessa etapa, foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, adotando-se níveis de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Para avaliar a correlação entre os escores obtidos nas escalas do CEAT-VIH e o da expectativa de autoeficácia a TARV, foi realizada a análise de correlação de Pearson, regressão linear simples e análise de correspondência.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação pela Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE), do HUSM, sendo devidamente registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos de Pesquisa (GAP) da UFSM, sob o número 030452. Após, foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos (SISNEP) e no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP/UFSM), recebendo a aprovação no CEP e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), sob o número 0322.0.243.000-11, no dia 08 de novembro de 2011 (ANEXO C).

Com relação aos aspectos éticos do estudo foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Este foi assinado pelo pesquisador responsável, por quem realizou a coleta de dados e pelos adultos pesquisados. Elaborado em duas vias, uma retida pelo sujeito da pesquisa, e outra arquivada pelo pesquisador.

O paciente foi informado acerca do caráter voluntário de sua participação na pesquisa e a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento, bem como as considerações acerca do seu anonimato, o qual seria apenas utilizado os dados obtidos com finalidade científica, sendo garantida e preservada sua identidade.

Acerca dos benefícios da pesquisa, foi esclarecido que esses não são de ordem direta, mas que os profissionais de saúde ao terem acesso às informações decorrentes do estudo, poderão compreender como os adultos estão aderindo ao tratamento antirretroviral, o que permitirá um melhor atendimento as suas necessidades. Quanto aos riscos os pacientes foram informados da possibilidade da mobilização de sentimentos quanto a situações vividas, relacionadas a epidemia, a doença e a adesão.

No Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (ANEXO E), a pesquisadora responsável compromete-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. As informações coletadas foram utilizadas para a execução desse projeto e irão compor um banco de dados, para posteriores análises. O material foi guardado sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Dra Stela Maris de Mello Padoin e após cinco anos será

destruído. Sendo este período, mantido na sala 1336, do Departamento de Enfermagem da UFSM, no CCS (prédio 26) no campus da UFSM. Nessa sala, esta lotado o laboratório do Grupo de Pesquisa: “Cuidado à saúde das Pessoas, Família e Sociedade”, cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Desta forma, esta dissertação será apresentada por meio de quatro artigos científicos, conforme descrita no quadro abaixo:

Título do artigo	Objetivo	Periódico
Artigo 1: Adesão à terapia antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: natureza e tendência da produção científica	Analisar a natureza e a tendência das produções científicas na temática adesão à terapia antirretroviral dos adultos com HIV/AIDS.	Publicado na Revista Enfermeria Comunitária em 2012, classificado como periódico B2 pela CAPES.
Artigo 2: Fatores predisponentes à não adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: revisão integrativa	Avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre os fatores que predispõem à não adesão a terapia antirretroviral na população de adultos com HIV/AIDS.	Aceito na Revista Evidentia em maio de 2012, classificado como periódico B1 pela CAPES, o qual apresenta no prelo.
Artigo 3: Fatores que influenciam na adesão ao tratamento antirretroviral de Adultos com HIV/AIDS	Identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.	A ser submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem, classificado como periódico A1 pela CAPES.
Artigo 4: Relação entre Autoeficácia e adesão a tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS	Avaliar a relação entre autoeficácia e a adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.	A ser submetido a Revista AIDS CARE, classificado como periódico A1 pela CAPES.

Quadro 2 – Artigos que compõem os resultados da pesquisa

Os artigos serão descritos conforme as normas de submissão das revistas a serem encaminhadas para publicação.

1 RESULTADOS

1.1 Artigo 1 – Adesão à terapia antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: natureza e tendência da produção científica

Resumo

Objetivo: Analisar a natureza e tendência dos artigos científicos, na temática adesão à terapia antirretroviral dos adultos com HIV/AIDS. **Método:** Revisão narrativa, que teve como questão de pesquisa: Qual a natureza e tendência das produções científicas relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de adultos com HIV/AIDS? Realizado nas bases de dados LILACS e MEDLINE. **Resultados:** Foram analisadas 40 produções. A natureza das produções científicas evidenciou 92,5% de estudos clínico-epidemiológicos, 5,0% de socioculturais e 2,5% de políticos. A tendência das produções científicas evidenciou 72,5% de estudos assistenciais, 25% de prevenção e 2,5% proteção. **Conclusão:** Identificou-se a necessidade de publicações de tendência de proteção, prevenção e de vigilância à saúde, uma vez que possibilitariam contribuir para a melhoria das políticas e práticas de saúde, voltadas à promoção da adesão à terapia antirretroviral mediada por estratégias educacionais.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Terapia Anti-retroviral de Alta Atividade; Adesão à medicação; Cooperação do paciente; Enfermagem.

Abstract

Objective: To analyze the nature and tendency of scientific articles, on the theme: adherence to ART of adults with HIV/AIDS. **Method:** Narrative review that had as a research question: what is the nature and tendency of scientific productions related to adherence to ART of adults with HIV/AIDS? It was developed on the databases: LILACS and MEDLINE. 40 texts were analyzed. **Results:** nature of scientific production evidenced 92,5% of clinical-epidemiological studies, 5,0% of socio-cultural and 2,5% of politics. The tendency of scientific production evidenced 72,5% of assistance studies, 25% of prevention and 2,5% protection. **Conclusion:** It was identified the necessity of publications of protection, prevention and health surveillance tendency, once that would enable to contribute to enhance

health policy and practices, directed to promote adherence to ART mediated through educational strategies.

Key-words: Acquired immunodeficiency syndrome; HIV; Antiretroviral therapy highly active; Medication adherence; Patient compliance; Nursing.

Resumen

Objetivo: Analizar la naturaleza y tendencia de los artículos científicos en la temática adhesión a la TARV de los adultos con VIH/SIDA. **Método:** Revisión narrativa, que tuvo como pregunta de investigación: ¿Cuál es la naturaleza y tendencia de las producciones científicas relacionadas con la adhesión a la TARV de adultos con VIH/SIDA? Realizada en las bases de datos LILACS y MEDLINE. Fueron analizadas 40 producciones. **Resultados:** La naturaleza de las producciones científicas evidenció 92,5% de estudios clínico-epidemiológicos, 5,0% de socioculturales y 2,5% de político. La tendencia de las producciones científicas evidenció 72,5% de adultos asistenciales, 25% de prevención y 2,5% de protección. **Conclusión:** Se identificó la necesidad de publicaciones de tendencia de protección, prevención y de vigilancia en salud, una vez que posibilitarían contribuir para la mejoría de las políticas y prácticas de salud, dirigidas a la promoción de la adhesión a la TARV mediada por estrategias educativas.

Palabras clave: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH; Terapia antirretroviral altamente activa; Cumplimiento de la medicación; Cooperación del paciente; Enfermería.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiram no mundo no final dos anos de 1970. No Brasil, os primeiros casos datam do início da década de 1980 e até 2012 foram notificados 656.701 casos. O Ministério da Saúde do Brasil tem implementado estratégias a fim de prevenir novos casos da infecção e reduzir os agravos da epidemia.⁽¹⁾

Dessas, a terapia antirretroviral (TARV), tem proporcionado, a partir da política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARVs), uma melhora significativa na morbimortalidade entre as pessoas com HIV/AIDS.⁽²⁾

A TARV tem a finalidade de manter uma boa resposta imunológica, diminuindo os níveis de carga viral e aumentando os níveis de linfócitos T-CD4.⁽³⁾ A efetividade da terapia está implicada diretamente ao nível de adesão, uma vez que é definida como a concordância entre a prescrição médica e o comportamento do indivíduo na ingestão dos medicamentos.⁽⁴⁾

Em 1996, na XI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver/Canadá, pesquisadores, profissionais de saúde, representantes de governo e de organizações não governamentais (ONGs) apresentaram o consenso de que os benefícios do tratamento seriam alcançados a partir da adesão.⁽⁵⁾

O comportamento na adesão é considerado multifatorial, dinâmico, variável, e está implicado nas características do tratamento medicamentoso, da doença, de fatores psicossociais, pela relação terapêutica e pelos cuidados de saúde.⁽⁶⁾

A adesão é considerada o maior desafio para o sucesso do tratamento do HIV/AIDS, uma vez que o comportamento individual e psicossocial estão vinculados a um conjunto de ações, que partem da disponibilidade de acesso aos serviços, a frequência e a realização de exames laboratoriais, até o acompanhamento clínico e a retirada dos medicamentos, entre outros.⁽⁷⁾

Assim, a adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico ao cotidiano dos indivíduos com HIV/AIDS. O cotidiano medicamentoso está implicado no contexto socioeconômico e de comportamentos, somado à quantidade de medicamentos, às reações adversas e à compreensão das informações.⁽⁴⁾

Nesse contexto, este estudo objetiva analisar a natureza e a tendência das produções científicas da área da saúde, na temática adesão à TARV dos adultos com HIV/AIDS.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa,⁽⁸⁾ pautada nas etapas: elaboração do objetivo da revisão e da pergunta de pesquisa, seleção dos estudos após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, extração das informações, análise e discussão dos resultados.

Teve como questão de pesquisa: Qual a natureza e a tendência das produções científicas relacionadas à adesão a TARV de adultos com HIV/AIDS? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa da área da saúde, com resumo completo, disponíveis na íntegra em suporte eletrônico, gratuitamente, nos idiomas português, espanhol ou inglês. O recorte

temporal foi de 1996, em virtude do início da TARV no país, até 2011. Os critérios de exclusão: ausência ou incompletude do resumo na base de dados.

A busca bibliográfica realizou-se na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para o levantamento dos dados foram utilizados os descritores “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” *or* “HIV” *and* “adulto” *or* “idoso” *and* (as palavras) “antirretroviral” *or* “anti-retroviral”. Justifica-se a limitação dessa faixa etária pela representatividade de 94,5% desse seguimento populacional no quadro epidemiológico da AIDS no Brasil. O levantamento dos dados ocorreu em abril de 2012.

A caracterização dos artigos foi apresentada na forma de frequência absoluta e relativa. A natureza e a tendência foram apresentadas por meio da análise de conteúdo temática, com categorização teórica dos estudos⁽⁹⁾, sendo pré-estabelecidas as unidades de natureza que se refere ao foco da área temática dos estudos: clínico-epidemiológica, sociocultural e política. E de tendência que se refere às contribuições ou recomendações que os resultados expõem: prevenção, assistencial e proteção^(10,11) (Quadro 1). Os artigos foram identificados pela letra A de artigo, seguida de uma numeração (A1, A2, A3... sucessivamente) (Quadro 2 – Anexo ao final do artigo).

NATUREZA	DEFINIÇÃO	
	Clinico-epidemiológico	Fatores predisponentes à adesão, influência da TARV na doença, efeitos adversos, cotidiano da TARV, mortalidade e modelos de práticas de promoção da saúde.
Sócio-cultural	Migração dos pacientes, percepção e atitude frente à doença	
Político	Implementação de programas de cuidados domiciliares.	
TENDÊNCIA	Assistência	Ações e cuidados com a TARV, melhora das condições clínicas, intervenções com os pacientes, recomendações e condutas dos programas e serviços de referência, identificação de fatores predisponentes à não adesão, recomendação de terapia combinada e profilática.
	Prevenção	Utilização de estratégias de promoção da adesão à TARV e a realização de educação em saúde.
	Proteção	Apoio social.

Quadro 3 – Definição da Natureza e Tendência da produção científica na temática adesão a TARV de adultos com HIV/AIDS

Resultados

Foram selecionadas 40 produções (Figura 1), as quais foram classificadas de acordo com a procedência, área do conhecimento e ano de publicação (Tabela 1). Segundo a procedência, 42,5% eram dos Estados Unidos, depois a Inglaterra com 30% das produções e, 15,0% das dessas eram do Brasil. Quanto ao ano de publicação, 27,5% foram de 2008 a 2009, apontando um crescimento desde o ano de 2002. Conforme a área de conhecimento constatou-se que, 72,5% eram estudos da medicina.

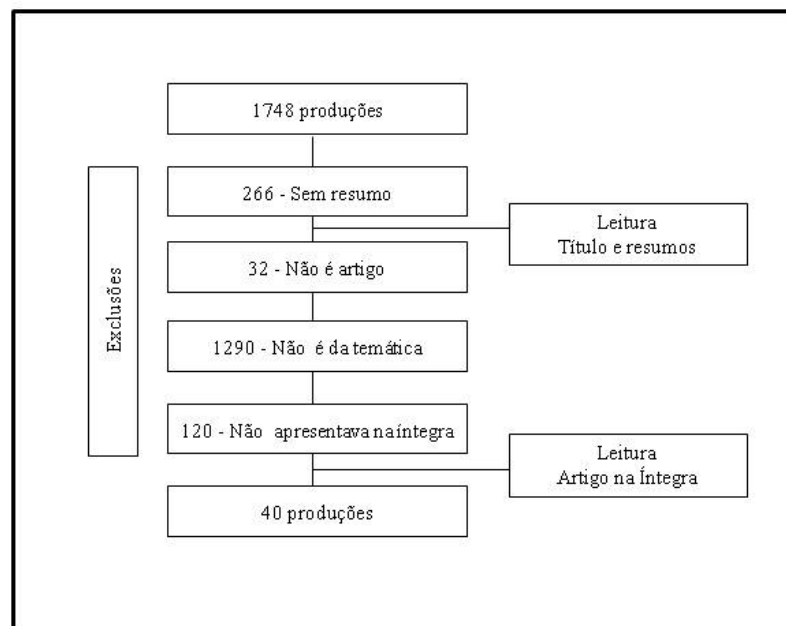


Figura 1 – Fluxograma da seleção das referências

Tabela 1 – Caracterização das produções científicas, segundo a área de conhecimento, procedência e período de publicação. MEDLINE/LILACS, 1996-2011. N=40

Caracterização das produções	N	%
Área de conhecimento		
Medicina	29	72,5
Enfermagem	6	15,0
Psicologia	3	7,5
Farmácia	2	5,0
Procedência		
Estados Unidos da América	17	42,5
Inglaterra	12	30,0
Brasil	6	15,0
Holanda	2	5,0

Caracterização das produções	N	%
Peru	1	2,5
África do Sul	1	2,5
Itália	1	2,5
Período de Publicação		
Antes de 2002	1	2,5
2002 a 2003	6	15,0
2004 a 2005	8	20,0
2006 a 2007	6	15,0
2008 a 2009	11	27,5
2010 a 2011	8	20,0

A análise da natureza das produções científicas evidenciou: 92,5% (37) de estudos clínico-epidemiológicos. Contemplou as questões relacionadas: aos fatores predisponentes à adesão (A1-15), influência da TARV na doença (A16,17), os efeitos adversos (A18-23), o cotidiano da TARV (A24-35), a mortalidade (A36) e os modelos de práticas de promoção da saúde (A37).

A natureza sociocultural com 5,0% (2) dos estudos contemplou produções que destacam questões relacionadas à migração dos pacientes (A38) e à percepção e atitude frente à doença (A39).

Com apenas 2,5% (1) de participação, a natureza política destaca a implementação de programas de cuidados domiciliares (A40), que facilitariam a adesão à TARV.

A análise da tendência das produções científicas evidenciou, 72,5% (29) dos estudos assistenciais, as quais apresentou contribuições referentes: às ações e cuidados com a terapia (A1,3,22,24,28), a melhora das condições clínicas (A11), às intervenções com os pacientes (A13, 14,21,26,32,34,40), as recomendações e condutas dos programas e serviços de referência (A5,10,15,16,19,20,25,27,29,31,33,36), a identificação de fatores predisponentes à não adesão (A7,8), e à recomendação de terapia combinada e profilática (A23,35).

A tendência de prevenção das produções com 25% (10) dos estudos apontou como contribuição: a utilização de estratégias de promoção da adesão à TARV (A2,9,30,39) e a realização de educação em saúde com os pacientes com HIV/AIDS (A4,6,12,17,37,38).

A tendência de proteção das produções analisadas, com 2,5% (1) de participação, revelou contribuições relacionadas ao apoio social (A18).

Discussão

A concentração de estudos procedentes dos Estados Unidos demonstrou uma evolução no ensino e pesquisa em países desenvolvidos, principalmente da América do Norte, aonde a temática da adesão à TARV vem sendo discutida com maior ênfase, devido os resultados das estratégias de distribuição dos medicamentos. A ausência de outros países que possuem produção na temática pode estar relacionada à limitação do estudo quanto à escolha das bases de dados.

O Brasil tornou-se referência mundial no tratamento e atenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Tal destaque decorreu da implementação do programa de distribuição gratuita dos ARVs, em 1996.⁽²⁾ Essa política necessitou de mobilização para garantir o sucesso da TARV no país, provocada pelo desenvolvimento da articulação entre profissionais de saúde, pesquisadores, ONGs, bem como na união das esferas governamentais.⁽¹²⁾

Este foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos ARVs, pelo Sistema Único de Saúde,⁽¹³⁾ assim como a distribuição de preservativos, a implantação de laboratórios para diagnóstico na rede pública, acompanhamento de pacientes e o fomento para a realização de pesquisas.⁽¹⁴⁾

No que tange às pesquisas sobre a adesão, inicialmente o intuito era refutar as ideias das agências internacionais sobre o tratamento em um país em desenvolvimento e contribuir para a superação dos desafios clínico-epidemiológicos da epidemia.⁽¹⁵⁾ Ou seja, inicialmente a comunidade científica publicava principalmente dados clínicos, de incidência, além de protocolos e manuais, que tinham como objetivo apresentar o panorama geral da epidemia.

A partir da descoberta da primeira TARV, foram sendo incorporadas temáticas e preocupações acerca da adesão. Uma provável explicação para esse crescimento é devida ao interesse dos profissionais da saúde em entender o fenômeno da adesão, que apresenta impacto na morbimortalidade das pessoas com HIV/AIDS.⁽¹⁶⁾

A área de conhecimento prevaleceu a medicina, que tende a tratar, principalmente, das condições clínicas e epidemiológicas da adesão à TARV. Esses resultados apontam a necessidade de pesquisas para além do foco epidemiológico, que permitam compreender a adesão na perspectiva das pessoas, a fim de estabelecer estratégias de intervenção.⁽¹⁶⁾

A natureza das produções vem ao encontro das inquietações acerca das implicações da adesão nas condições clínicas das pessoas com HIV/AIDS.⁽⁵⁾ Aponta o investimento de pesquisas que visam subsídios para as ações de atenção à saúde, possibilitando uma melhora nas condições clínicas.

Contudo, a melhora dessas condições clínicas depende da adesão, na qual devem ser considerados a complexidade do tratamento e os fatores pessoais, sociais e programáticos que influenciam negativamente na TARV. Assim, tornam-se importantes uma avaliação contínua no monitoramento clínico e a identificação precoce dos fatores que podem interferir no tratamento.⁽¹⁷⁾

As produções evidenciam que segundo a natureza sociocultural há necessidade de ampliar os estudos e as discussões, por parte dos serviços e programas de saúde, relacionadas ao estigma e discriminação às diferenças raciais, étnicas e de gênero, bem como preparar melhor os profissionais para melhor desempenho de estratégias relacionadas a essas questões.⁽¹⁸⁾

No que tange à natureza política, as políticas públicas relacionadas à AIDS e à utilização da TARV vêm sendo discutidas a fim permitir a articulação e elaboração de estratégias entre os serviços de saúde. Soma-se a busca de compreender o comportamento das pessoas no cotidiano medicamentoso para potencializar a adesão.⁽¹⁹⁾

Nesse sentido, tem-se estabelecidas novas ferramentas que permitiram uma evolução nas estratégias de prevenção e de promoção à saúde. A partir da década de 1990, o construto teórico da vulnerabilidade ganha destaque na política nacional. Tal conceito permite interpretar o fenômeno do ponto de vista da suscetibilidade dos indivíduos, famílias e grupos, apontando três dimensões: individual, social e programática.⁽²⁰⁾

Na dimensão programática, como método de avaliação, permite analisar o acesso efetivo e democrático aos recursos sociais necessários para evitar a exposição aos agravos, além de avaliar o acesso aos meios de proteção.⁽²⁰⁾

Os resultados da tendência das produções vão ao encontro das diretrizes do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Brasil, desde o final de 1990, que tem recomendado a adesão como prioridade nas atividades de assistências.⁽²¹⁾

A prática assistencial deve ser focada no aconselhamento e apoio social, além de

procedimentos clínicos, tais como a regularidade nas consultas médicas, monitoramento de reações adversas e ajustes em esquemas terapêuticos. Além disso, deve facilitar o acesso ao serviço de saúde e a criação de equipes multidisciplinares para promover a adesão.

A visibilidade da AIDS e da TARV relacionada às questões sociais ganhou destaque a partir do conceito de vulnerabilidade, uma vez que se pensava a infecção e as questões do tratamento com dependência apenas das informações e do comportamento das pessoas. No entanto, ela está atrelada a uma série de fatores estruturais, sociais, políticos, econômicos e culturais, que afetam os indivíduos independente de sua vontade.⁽²²⁾

Considerações Finais

A análise da natureza e tendência das produções científicas na temática adesão à TARV possibilitou identificar uma maior abrangência em estudos clínicos epidemiológicos e assistenciais. Aponta-se, assim, a necessidade de ampliar os estudos na natureza sociocultural, que destaquem a abordagem compreensiva acerca da adesão à TARV. Na natureza política, que possibilitem implementar estratégias que venham a contribuir para as políticas públicas de tratamento da AIDS pautadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Identificou-se a necessidade de publicações de tendência de proteção, prevenção e de vigilância à saúde. Essas abordagens podem contribuir para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas à promoção da adesão à TARV, mediada por estratégias educacionais.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília (DF): MS; 2012.
2. Silva ALCN, Waidman MA, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. Rev Bras Enferm. [periódico na internet]. 2009 Abr. [acesso em 07 ago 2012]; 62(2): 213–220. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/13.pdf>>
3. Casotti JAS, Passos LN, Oliveira FJP, Cerutti Jr C. Prevalence of discordant immunologic and virologic responses in patients with AIDS under antiretroviral therapy in a specialized care center in Brazil. Rev Inst Med Trop S Paulo. [periódico na internet]. 2011 Nov. [acesso em 07 ago 2012]; 53(6): 301-307. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v53n6/a01v53n6.pdf>>
4. Padoin SSM, Machiesqui SR, Paula CC, Tronco CS, De Marchi MC. O cotidiano

terapêutico de adultos portadores da AIDS. Rev Enferm UERJ. [periódico na internet]. 2010 Jul. [acesso em 07 ago 2012]; 18(3): 389-93. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf>>

5. Bonolo PF, Gomes RRF, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol Serv Saúde. 2007 Nov. 16(4): 261-278.

6. Margalho R, Paixão R, Pereira M. Relação Terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Psicologia, Saúde e Doença. 2010. 11(10): 71-81.

7. Caraciolo JMM, Silva MH, Waghbum GR, Abrão VM. Manual de boas práticas de adesão HIV/AIDS. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008.

8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 07 ago 2012]; 20(2): 5-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/en_a01v20n2.pdf>

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec: 2010.

10. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia. [periódico na internet]. 2010. [acesso em 07 ago 2012]; 56(1): 71-83. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/11_revisao_de_literatura_assistencia_saude_crianca_cancer.pdf>

11. Tronco CS, Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. Rev Gaúcha Enferm. [periódico na internet]. 2010 Set. [acesso em 07 ago 2012]; 31(3): 575-83. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14882/10891>>

12. Grangeiro A, Silva LL, Teixeira PR. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev Panam Salud Pública. [periódico na internet]. 2009. [acesso em 07 ago 2012]; 26(1): 87-94. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29\(4\)115.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)115.pdf)>

13. Cerqueira M. Idosos e HIV/AIDS: algumas considerações sobre a epidemia. Rev Unimontes Científica. 2012. 13(1): 37-48.

14. Silva SF, Pereira MR, Neto RM, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PT, et al. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. Rev Bras Anal Clin. [periódico na internet]. 2010. [acesso em 07 ago 2012]; 42(3): 209-212. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_03/rbac_42_v3_012.pdf>

15. Greco D. A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Rev Estudos Avançados*. 2008. 22(64): 73-94.
16. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção Bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. [periódico na internet]. 2008 Dez. [acesso em 07 ago 2012]; 13(supl.2): 2299-2306. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009634.pdf>>
17. Toledo MM, Takahashi RF, Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2011. 64: 370-375.
18. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRMC. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 07 ago 2012]; 41(Supl.2): 39-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5952.pdf>>
19. Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012. 17(1): 147-156.
20. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALP, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico na internet]. 2011. [acesso em 07 ago 2012]; 45(Esp.2): 1769-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/23.pdf>>
21. Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. [periódico na internet]. 2009. [acesso em 07 ago 2012]; 55(2): 207-212. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/28.pdf>>
22. Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc Anna Nery*. [periódico na internet]. 2012 Jan. [acesso em 07 ago 2012]; 16(1): 111-120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eann/v16n1/v16n1a15.pdf>>

Anexo

N.	Periódico Ano	Título	Tipo de estudo	População	Natureza	Tendência
A1	Revista Mineira de Enfermagem 2011	Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes.	Não Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Assistencial
A2	HIV Medicine 2010	Immunosuppression among HIV-1-positive patients attending for care: experience from two large HIV centres in the United Kingdom.	Não Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Prevenção
A3	Journal of Social Aspects of HIV/AIDS 2010	Self-reported adherence to HAART in South-Eastern Nigeria is related to patients' use of pill box.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico-epidemiológico	Assistencial
A4	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2010	Provider-focused intervention increases adherence-related dialogue but does not improve antiretroviral therapy adherence in persons with HIV.	Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Prevenção
A5	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica 2009	Adherence to antiretroviral treatment by people with hiv in Tamaulipas, Mexico.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico-epidemiológico	Assistencial
A6	Journal of Nursing Scholarship 2009	Patients' adherence to anti-retroviral therapy in Botswana.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico-epidemiológico	Prevenção
A7	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2008	Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz.	Não Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Assistencial
A8	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica 2007	Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH.	Não Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Assistencial
A9	Tropical Medicine and International Health 2007	Risk factors for treatment denial and loss to follow-up in an antiretroviral treatment cohort in Kenya.	Não Experimental	Adultos	Clínico-epidemiológico	Prevenção
A10	American Diabetes Association 2005	Skeletal muscle insulin signaling defects downstream of phosphatidylinositol 3-kinase at the level of Akt are associated with impaired nonoxidative glucose disposal in HIV lipodystrophy.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico-epidemiológico	Assistencial

N.	Periódico Ano	Título	Tipo de estudo	População	Natureza	Tendência
A11	Journal of Clinical Virology 2005	Prevalence and factors involved in discordant responses to highly active antiretroviral treatment in a closely followed cohort of treatment-naïve HIV-infected patients.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A12	Revista Latino Americana de Enfermagem 2005	Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Prevenção
A13	Caderno de Saúde Pública 2003	Determinantes de aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A14	Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 2003	Adherence to HIV medications in a cohort of men who have sex with men: impact of September 11th.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A15	Revista Brasil eira de Ginecologia e Obstetrícia 1999	Estudo da adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A16	Clinical Infectious Diseases 2004	Predictors of virologic failure and resistance in HIV-infected patients treated with nevirapine-or efavirenz-based antiretroviral therapy.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A17	Sexually Transmitted Infections 2002	Factors influencing HIV progression in a seroconverter cohort in Madrid from 1985 to 1999.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Prevenção
A18	BMC Health Service Research 2008	Good adherence to HAART and improved survival in a community HIV/AIDS treatment and care programme: the experience of The AIDS Support Organization (TASO), Kampala, Uganda	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Proteção
A19	AIDS Patient Care and STDs 2007	Major depression in patients with HIV/AIDS and substance abuse.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A20	AIDS Patient Care and STDs 2005	Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial

N.	Periódico Ano	Título	Tipo de estudo	População	Natureza	Tendência
A21	Journal of Pain and Symptom Management 2005	Perceived adverse effects of antiretroviral therapy.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A22	American Journal of Public Health 2004	Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV- positive women.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A23	Archives of General Psychiatry 2010	A marginal structural model to estimate the causal effect of antidepressant medication treatment on viral suppression among homeless and marginally housed persons with HIV.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A24	Clinical Infectious Diseases 2003	Adherence to directly observed antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected prison inmates.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A25	Journal of Psychosomatic Research 2003	Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A26	Clinical Infectious Diseases 2002	Association of adherence to Mycobacterium avium complex prophylaxis and antiretroviral therapy with clinical outcomes in Acquired Immunodeficiency Syndrome.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A27	AIDS Care: Psychological and Socio- medical Aspects of AIDS/HIV 2010	The experience of "medicine companions" to support adherence to antiretroviral therapy: quantitative and qualitative data from a trial population in Uganda.	Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A28	AIDS Research and Human Retroviruses 2009	Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A29	The Journal of Infection in Developing Countries 2008	Prevalence and determinants of nonadherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Ibadan, Nigeria.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A30	Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2008	Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Prevenção

N.	Periódico Ano	Título	Tipo de estudo	População	Natureza	Tendência
A31	International Journal of Drug Policy 2007	Access, adherence, quality and impact of ARV provision to current and ex-injecting drug users in Manipur (India): an initial assessment.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A32	Caderno de Saúde Pública 2009	Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A33	HIV Clinical Trials 2010	Monthly unannounced pill counts for monitoring HIV treatment adherence: tests for self-monitoring and reactivity effects.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A34	Clinical Infectious Diseases 2011	Lack of sustained improvement in adherence or viral load following a directly observed antiretroviral therapy intervention.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A35	The Lancet 2004	Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1-infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial.	Quase Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A36	Tropical Medicine and International Health 2008	Increased mortality of male adults with AIDS related to poor compliance to antiretroviral therapy in Malawi.	Não Experimental	Adultos e Idosos	Clínico- epidemiológico	Assistencial
A37	Health Promotion International 2009	The DREAM model's effectiveness in health promotion of AIDS patients in Africa.	Não Experimental	Adultos	Clínico- epidemiológico	Prevenção
A38	Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care 2009	Awareness and attitude of health workers at a Nigerian HIV treatment clinic toward HIV/AIDS and HAART adherence.	Não Experimental	Adultos	Sócio-cultural	Prevenção
A39	Social Science & Medicine 2009	Migration adversely affects antiretroviral adherence in a population-based cohort of HIV/AIDS patients.	Não Experimental	Adultos	Sócio-cultural	Prevenção
A40	The Lancet 2006	Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda.	Não Experimental	Adultos	Política	Assistencial

Quadro 4 – Corpus da Pesquisa

1.2 Artigo 2 – Fatores predisponentes à não adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS: Revisão Integrativa

Resumo

Objetivou-se avaliar as evidências disponíveis sobre os fatores que predisõem à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos com HIV/AIDS. Revisão integrativa, desenvolvida em maio/2010, no LILACS e MEDLINE, com recorte temporal de 1996-2010. Totalizou 31 artigos, submetidos à análise de conteúdo temática, com categorização teórica segundo o referencial de vulnerabilidade. O plano individual evidenciou os fatores: esquema medicamentoso, implicações do cotidiano terapêutico, condições de saúde e influência na vida cotidiana. O plano social evidenciou os fatores: sociodemográficos, acesso ao serviço e a comunicação profissional-paciente. O plano programático evidenciou os fatores: política nacional de acesso aos antirretrovirais e organização do serviço. Apontou a complexidade da temática no que se refere à demanda de adequar a tecnologia medicamentosa e a prescrição ao cotidiano das pessoas, diante de seu comportamento, relações e da estrutura dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Terapia Anti-retroviral de Alta Atividade; Adesão à medicação; Enfermagem.

Predisposing factors to not adherence to antiretroviral treatment in adults who have HIV/AIDS: Integrative Review

Abstract

It was aimed to evaluate available evidences about predisposing factors to the not adherence to ARV treatment in adults who have HIV/AIDS. Integrative review, developed in may/2010, in LILACS and MEDLINE, with time snip of 1996-2010. It was totalized 31, submitted to the analysis, with theoretical categorization according vulnerability referential. Individual plan evidenced the factors: drug scheme, therapeutic everyday implications, health conditions and daily life influence. Social plan evidenced the following factors: social-demographic, access to the service and patient-professional communication. Programmatic plan evidenced the factors: national policy Access to ARV and service organization. It pointed out the theme complexity on what referes to the proper demand to drug technology and people's everyday

prescription against one's behavior, relationships and health service structures.

Key-Words: Acquired immunodeficiency syndrome; HIV; Antiretroviral therapy highly active; Medication adherence; Patient compliance; Nursing.

Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento antirretroviral de adultos que tienen VIH/sida: Revisión Integradora

Resumen

Se tuvo como objetivo evaluar las evidencias disponibles sobre los factores que predisponen a no adhesión al Tratamiento Antirretroviral (TARV) en adultos que tienen VIH/sida. Revisión integradora, desarrollada en mayo/2010, en LILACS y MEDLINE, con recorte temporal de 1996-2010. Totalizó 31 artículos, sometidos al análisis de contenido temático, con categorización teórica según el referencial de vulnerabilidad. El plan individual evidenció los factores: esquema medicamentoso, implicaciones del cotidiano terapéutico, condiciones de salud e influencia en la vida cotidiana. El plan social evidenció los factores: sociodemográficos, acceso al servicio y la comunicación profesional-paciente. El plan programático evidenció los factores: política nacional de acceso a los ARV y organización del servicio. Apuntó la complejidad de la temática en lo que se refiere a la demanda de adecuar la tecnología medicamentosa y la prescripción al cotidiano de las personas, ante su comportamiento, relaciones y de la estructura de los servicios de salud.

Palabras-Clave: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH; Terapia antirretroviral altamente activa; Cumplimiento de la medicación; Cooperación del paciente; Enfermería.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no Brasil, surge a partir do início da década de 80, e até 2012 foram acometidas em torno de 656.701 pessoas. As regiões mais afetadas são a Sudeste e Sul, com cerca de 48,5% e 16,7% das notificações, respectivamente.⁽¹⁾

Após o início da Terapia Antirretroviral (TARV), houve uma redução na

morbimortalidade entre as pessoas com AIDS e número de internações, bem como um aumento da sua perspectiva de vida.⁽²⁾ Entretanto, a adesão a TARV é um dos maiores desafios para o sucesso do tratamento do HIV/AIDS.⁽³⁾

A adesão ao TARV pode ser definida como a concordância entre a prescrição médica e o comportamento da pessoa na ingestão dos medicamentos.⁽⁴⁾ Isso remete às implicações no cotidiano medicamentoso e na adesão ao tratamento.⁽⁵⁾ Sendo assim, a eficácia da TARV sofre influência nos níveis de adesão, sendo considerados determinantes para a resposta terapêutica.

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade se apresenta como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a pessoa se proteger.⁽⁶⁾

Entretanto, a abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demonstra, simultaneamente, que não depende somente do indivíduo, mas ainda inclui as relações com os outros e o seu entorno.⁽⁶⁾ Dessa forma, a identificação precoce de vulnerabilidade para a não adesão é essencial para prevenir o desenvolvimento da resistência viral, que pode limitar o acesso das pessoas às possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, potencializar índices de morbimortalidade.⁽⁷⁾

Diante desse contexto, objetivou-se avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre os fatores que predispõem à não adesão a TARV na população de adultos com HIV/AIDS.

Metodologia

O estudo trata de uma revisão integrativa da literatura.⁽⁸⁾ Para elaboração do estudo foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e objetivos da revisão, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos

a serem analisados, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação das evidências dos estudos e análise dos resultados (categorização), discussão dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado.⁽⁹⁾

Foi estabelecida a questão de pesquisa: Quais os fatores que predispõem à não adesão a TARV? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática da adesão ao TARV; disponíveis na íntegra *online*; em idioma português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal utilizado foi de 1996, em virtude do início do TARV no país, até 2010.

A busca bibliográfica realizou-se na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para o levantamento dos dados foram utilizados os descritores “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” *or* “HIV” *and* “adulto” *or* “idoso” *and* (as palavras) “antirretroviral” *or* “anti-retroviral”. O levantamento dos dados ocorreu no mês de maio de 2011.

Encontraram-se 1352 estudos. A seleção dos estudos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e resumos, e do artigo na íntegra, totalizando 31 artigos.

Para extração das informações dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento validado, contemplando os seguintes itens: identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas e resultados encontrados.⁽¹⁰⁾ Para caracterização das produções científicas foi aplicada uma ficha de análise documental, composta pelos itens: ano, região e subárea do conhecimento. Os artigos foram identificados pela letra A de artigo, seguida de uma numeração (A1, A2, A3... sucessivamente) (Quadro 1 – Anexo ao final do artigo).

A classificação hierárquica das evidências utilizada no estudo foi a da categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América.⁽⁸⁾

Foi desenvolvida análise de conteúdo temática⁽¹¹⁾ com categorização teórica dos estudos, ou seja, as unidades temáticas foram pré-estabelecidas por meio do referencial de vulnerabilidade, que se divide em três planos analíticos: individual, social e programático.⁽¹²⁾ Utilizou-se a frequência relativa para caracterizar os estudos e para avaliar o delineamento da pesquisa.⁽¹³⁾

Resultados

Quanto à caracterização dos artigos analisados, no que se refere ao ano de publicação: em 2009, 22,6%; 2008, 16,1%; 2007, 13,0%; 2006, 6,4%; 2005, 22,6%; 2004, 6,4%; 2003, 9,7%; e 2002, 3,2% (Gráfico 1).

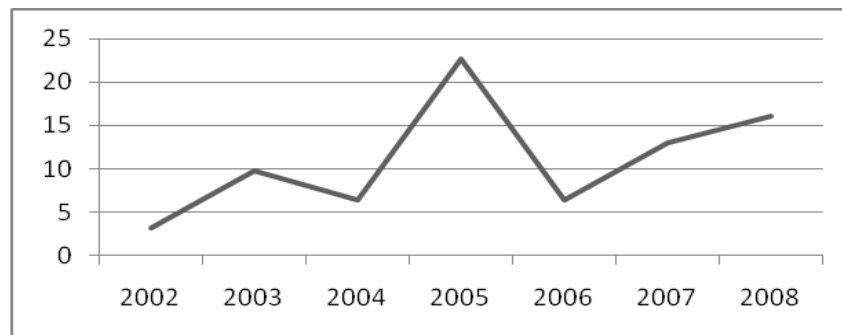


Gráfico 1 – Distribuição das produções científicas, segundo o período de publicação. MEDLINE/LILACS, 1996-2010, N=31

Quanto à área do conhecimento, os artigos foram classificados conforme os critérios estabelecidos pela CAPES, destacando-se a medicina (83,9%). Quanto à procedência, os artigos foram publicados, em sua maioria, nos Estados Unidos da América (54,8%). Em relação ao delineamento de pesquisa, as pesquisas classificaram-se, majoritariamente, como não experimentais (80,6%) (Tabela 1).

No que se refere à força das evidências, constatou-se: três artigos com nível de evidência 2, um artigo com nível de evidência 3 e 27 com nível de evidência 4.

A análise de conteúdo temática evidenciou fatores predisponentes de não adesão a

TARV na população de adultos com HIV/AIDS, analisados segundo as categorias analíticas teóricas da vulnerabilidade: individual; social; programática. As quais indicam planos interdependentes.

Tabela 2 – Caracterização das produções científicas, segundo a área de conhecimento, procedência e delineamento de pesquisa. MEDLINE/LILACS, 1996-2010, N = 31

Caracterização das produções	N	%
Área de conhecimento		
Medicina	26	83,9
Enfermagem	3	9,7
Farmácia	2	6,4
Procedência		
Estados Unidos da América	17	54,8
Inglaterra	6	19,3
Brasil	4	12,9
Egito	1	3,2
Itália	1	3,2
Holanda	1	3,2
Peru	1	3,2
Delineamentos de pesquisa		
Experimental	3	9,5
Quase experimental	1	3,2
Não experimental	24	80,5
Qualitativos	3	9,5

A vulnerabilidade individual contemplou fatores relacionados aos comportamentos diante do tratamento (A1-24). A vulnerabilidade social agrupou os fatores que indicam as diferentes possibilidades de obter informações e de fazer uso efetivo delas (A3-4,7-9,12,14,17-18,22,25-28). A vulnerabilidade programática incluiu os fatores relacionados ao modo como os serviços permitem que as pessoas mobilizem recursos para a proteção, promoção, recuperação e manutenção da saúde por meio do tratamento (A9,12,29-31).

O plano individual evidenciou fatores que predispõem à não adesão a TARV, quais sejam: esquema medicamentoso (A1-14); implicações do cotidiano terapêutico (A1,5-10,13-20); condições de saúde (A4-7,9,12,15-18,22-23); influência na vida cotidiana (A5,9-10) (Figura 1).

O esquema medicamentoso apontou: tipo de medicamento utilizado (A1-4); quantidade relacionada ao número de doses (A5) e de comprimidos (A6-8); fracasso e dificuldade relacionada à utilização dos medicamentos (A9-10); alteração no esquema medicamentoso (A11); fato de não ter os medicamentos acessíveis no horário prescrito de ingesta (A10); resistência aos medicamentos (A12); tempo de tratamento (A13); compartilhamento de medicamentos com outras pessoas em TARV (A14).

As implicações do cotidiano terapêutico apontaram: interrupção da terapia após o parto (A1); experiência com a utilização dos ARV (A1); esquecimento de ingerir o medicamento (A5-6,10,13-17); fato de estar longe de casa (A5,13-14,16) ou ocupado no horário de ingesta (A5-7,13,16); efeitos colaterais (A1,5-6,8-10,13,15,17-20); possibilidade do tratamento revelar do diagnóstico (A15); jejum (A15).

As condições de saúde apontaram como fatores: fato de sentir-se bem (A15); de estar doente (A5); de ter uma percepção negativa do tratamento (A6-7,18); depressão (A16,22-23); estresse (A16); alterações na carga viral (A12); dependência química, por drogas injetáveis (A4), por álcool (A9,17), por tabagismo (A17).

A influência na vida cotidiana apontou: mudança na rotina diária (A5,9); não ter um local fixo para guardar os medicamentos (A10); influência na vida cotidiana (A5,17,24); finais de semana (A8); e estilo de vida (A17).

O plano social evidenciou fatores que predisõem à não adesão a TARV, quais sejam: características sociodemográficas (A3,7-8,12,17-18,22,25-28); acesso ao serviço (A4,7,12,17,27); comunicação entre paciente e profissional (A9,14) (Figura 1).

As características sociodemográficas apontaram como fator: etnia (A12,22,25); raça (A12,8); nacionalidade (A12); gênero (A7,26); idade (A3,7,17-18,27-28); escolaridade (A8,17); renda (A17,30); emprego e trabalho (A17).

O acesso ao serviço apontou: apoio psicossocial (A7,12,17); acesso (A27);

regularidade (A27); migração (A4). A comunicação apontou: falha entre paciente e profissional (A9); falta de aconselhamento (A9); e falta de instrução relacionada aos medicamentos (A14).

O plano programático evidenciou fatores que predisõem à não adesão ao TARV, quais sejam: Política Nacional de acesso gratuito aos ARV (A9,29); e organização do serviço (A9,12,30-31).

A Política Nacional de acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais (ARVs) apontou a distribuição gratuita dos medicamentos aos pacientes que necessitavam comprá-los (A9,29). A organização do serviço apontou: monitorização terapêutica (A12), disponibilidade de transporte (A9); organização do serviço (A9,30); falta da capacitação dos profissionais (A9,30); e falta de recursos materiais (A31) (Figura 1).

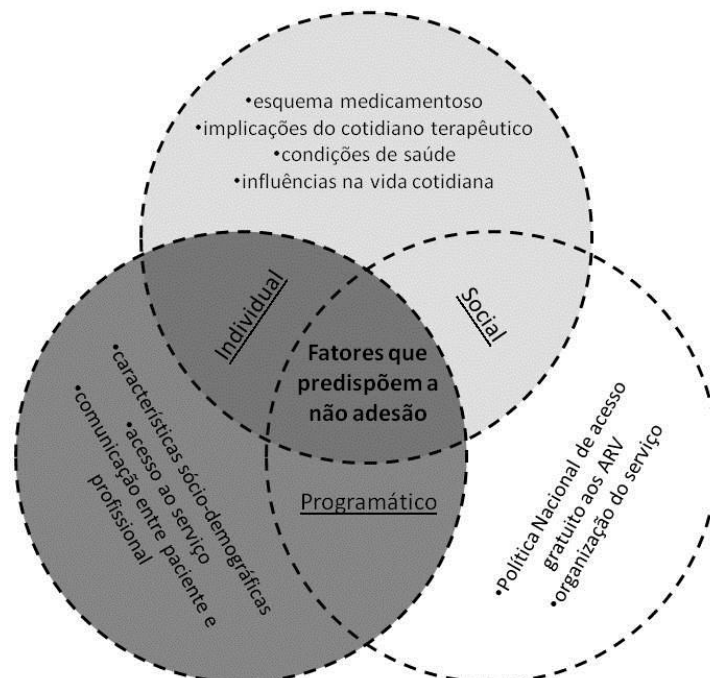


Figura 2 – Categorias analíticas teóricas da vulnerabilidade aplicada aos fatores que predisõem à não adesão a TARV na população de adultos com HIV/AIDS. N= 31

Discussão

Os fatores predisponentes à não adesão a TARV na população de adultos com HIV/AIDS contemplaram os três planos interdependes da vulnerabilidade. No plano *individual*, o fator esquema medicamentoso pode comprometer o processo terapêutico, devido à sua complexidade. Esse fator está associado à quantidade de medicamentos, às reações adversas, o uso de substâncias psicoativas, à incompatibilidade entre uso dos medicamentos e drogas, à dificuldade da compreensão dos benefícios do tratamento e das implicações do uso inadequado.^(14,15)

Embora o avanço terapêutico proporcione a condição de cronicidade da doença e longevidade das pessoas com AIDS, há de se considerar as demais repercussões de tal avanço no cotidiano dessas pessoas. O fator implicações do cotidiano terapêutico está relacionado a inúmeras condições, dentre as quais se destaca o esquecimento. Ele pode estar associado à não aceitação do diagnóstico, assim como ao fato de os pacientes estarem longe de casa no horário de ingestão da medicação, e às dificuldades de obter e utilizar o tratamento corretamente.⁽³⁾

Soma-se os hábitos cotidianos das pessoas com HIV/AIDS associados à quantidade de medicamentos, às reações adversas e à falta de compreensão das informações relacionadas ao tratamento medicamentoso.^(5,16,17) Essa associação pode ser caracterizada como negativa por não seguir uma regularidade nos horários e, conseqüentemente, resultar no não cumprimento dos horários prescritos.⁽⁴⁾

Ter doses a serem ingeridas no horário de trabalho é considerado como outra condição de adversidade, pois pode, além de revelar o diagnóstico, gerar preconceito.⁽³⁾ O trabalho pode causar situações conflitantes relacionadas ao tratamento, tanto pelo armazenamento dos medicamentos quanto pela impossibilidade de deliberação para deslocamento ao serviço de saúde para realização de acompanhamento clínico laboratorial.⁽¹⁸⁾

Em relação ao fator condições de saúde, o risco de interrupção do medicamento é considerado um problema crítico, principalmente para os que estão iniciando o tratamento. Esse problema aumenta a possibilidade de não adesão para os que realizam tratamento psiquiátrico, e que fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas.⁽¹⁹⁾

O uso de bebida alcoólica é considerado uma condição que predispõe à não adesão ao tratamento,^(20,21) uma vez que no Brasil existe um senso comum de que bebidas e medicamentos não podem ser misturados. Isso contribui para que mesmo pessoas com boa adesão parem de tomar os medicamentos para consumir bebida alcoólica, ainda que socialmente.⁽²²⁾

Considerando que a bebida alcoólica, culturalmente, faz parte dos encontros sociais, a imposição do senso comum entre cuidar da saúde, aderir ao tratamento e manter a vida social ativa - participar de encontros sociais onde há possibilidade de ingerir bebida alcoólica - pode ser conflitante e levar à interrupção do tratamento. Além disso, o convívio social influencia na saúde e bem estar das pessoas, o que pode ser observado nas limitações quanto à função social, estado geral de saúde e vitalidade apresentadas pelos não aderentes a TARV.⁽²³⁾

O fator influência na vida cotidiana pode estar relacionado à confiança sobre a capacidade de tomar os ARVs e a incorporação da TARV na rotina diária, onde se ressalta a importância de adaptar o esquema às necessidades do paciente e ao seu estilo de vida.⁽⁴⁾

No plano *social* o fator sociodemográfico – sexo, idade, etnia, escolaridade e renda – tem sido apresentado pelas pesquisas com diferentes associações com a adesão a TARV.⁽¹⁷⁾ As características sociodemográficas ora caracterizam a população estudada, sem associação com a adesão, ora evidenciam um fator predisponente à não adesão. Homens adultos com⁽²⁴⁾ menor idade e idade avançada estão predispostos à não adesão, por vezes relacionada às questões cognitivas.⁽²⁵⁾ A raça negra revela menores índices de adesão, quando comparadas à branca e à amarela.⁽²⁶⁾ A baixa renda familiar e baixa escolaridade, especialmente com ensino

fundamental incompleto, apontam para a prevalência reduzida de adesão.⁽¹⁷⁾

O fator acesso aos serviços está vinculado à disponibilização dos medicamentos e, principalmente, ao vínculo entre serviço, paciente e familiar. Para tanto, é necessário estabelecer um plano terapêutico exequível no cotidiano das pessoas com HIV/AIDS. Sua prescrição deve ser compartilhada com o paciente, potencializando o entendimento de como desenvolvê-lo e quais os benefícios para sua saúde.⁽³⁾

Outra condição do acesso aos serviços diz respeito ao apoio psicossocial, apontado como fundamental na TARV e que deve ser ofertado ao longo do acompanhamento permanente de saúde. Uma vez que os níveis de adesão tendem a diminuir após períodos prolongados de uso de medicamentos.⁽²⁷⁾

Esse apoio pode estar vinculado à falta de informação, resultando numa fase de isolamento social, por opção pessoal ou por exclusão da comunidade, diminuindo as possibilidades de ajuda.⁽³⁾

O fator comunicação entre paciente e profissional, quando considerado insuficiente, está relacionado, principalmente, à utilização incorreta dos medicamentos e à falta de informação acerca dos riscos advindos do não cumprimento da prescrição. Esses aspectos podem resultar na não adesão ao tratamento.⁽²⁸⁾

Dentre a produção científica que investigou a adesão a TARV, existe a necessidade de ampliar investigações com enfoque aos aspectos relativos à informação obtida pelos pacientes sobre a utilização do seu medicamento e sobre a percepção dessa informação.⁽²⁸⁾

No plano *programático*, a Política Nacional de acesso gratuito aos ARVs implementa ações que objetivam a redução da incidência da AIDS, a garantia dos direitos à cidadania e a promoção de saúde para a vida com melhor qualidade.⁽²⁹⁾ Poucas pesquisas associam a Política de acesso aos ARVs como predisponente à não adesão a TARV.⁽³⁰⁾

Para tanto, o aprimoramento de medidas de adesão pode apresentar informações mais

precisas acerca das problemáticas de não adesão, buscando identificar os fatores de maior vulnerabilidade, para, assim, priorizar o desenvolvimento de novas políticas públicas.⁽²⁷⁾

O fator organização do serviço aponta dificuldades no acompanhamento permanente da adesão, uma vez que o modo de monitorar e de medir a adesão tem sido um dos maiores desafios para o serviço. Os principais métodos ou procedimentos utilizados se pautam no autorrelato para conhecer como os pacientes estão tomando os medicamentos.⁽²⁷⁾

As dificuldades de monitoramento da adesão também estão relacionadas aos problemas estruturais dos serviços de saúde, que envolvem desde a falta de recursos humanos, a insuficiente qualificação técnica até a sobrecarga cotidiana de trabalho.⁽²⁷⁾

Considerações Finais

Os estudos analisados, na sua maioria, foram desenvolvidos na abordagem quantitativa, objetivando elucidar dados, indicadores e tendências. Evidenciaram inúmeros fatores que predisõem à não adesão a TARV, apontando a complexidade da temática da adesão tanto para os adultos com HIV/AIDS quanto para os serviços especializados que dispensam os ARVs e desenvolvem o acompanhamento permanente de saúde.

O plano individual evidenciou os fatores: esquema medicamentoso, implicações do cotidiano terapêutico, condições de saúde e influência na vida cotidiana. Esses fatores apontam a complexidade da associação entre a prescrição e o comportamento das pessoas com HIV/AIDS em TARV, que pode resultar em falhas na adesão. Essa complexidade está relacionada ao cumprimento da prescrição diante das demandas do cotidiano das pessoas, ou seja, o comportamento da pessoa para adesão sofre influência da tecnologia medicamentosa, das condições clínicas e sociais.

O plano social evidenciou os fatores: sociodemográficos, acesso ao serviço e a comunicação entre profissional e paciente. Esses fatores revelam a associação entre obter informações acerca do tratamento de fazer uso efetivo, ou seja, aplicar o conhecimento

adquirido acerca do tratamento e seus benefícios à saúde diante da condição sorológica.

O plano programático evidenciou os fatores: política nacional de acesso aos ARV e organização do serviço. Destacou que, apesar de o Brasil ser referência na política nacional de distribuição de medicamentos, ainda existem desafios no monitoramento da adesão, bem como poucas publicações que identificam os fatores da não adesão a TARV.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids/DST. 2012.
2. Silva, Ana Lúcia Cardoso Nogueira da; Waidman, Maria Angélica Pagliarini; Marcon, Sônia Silva. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2009, 62(2):213–220.
3. Malassiotis, Alexander; Nahas-Lopez, Violeta; Chung, Rita; Lam, Charlotte; Li, Patrick; Lau, Joseph. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV 1 infected patients. Int. J.STD & AIDS. 2002, 13:301-310.
4. Padoin, Stela Maris de Mello; Machiesqui, Soraia Romera; Paula, Cristiane Cardoso de; Tronco, Caroline Sissy; De Marchi, Maressa Claudia. O cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Rev. Enferm. UERJ. 2010, 18(3):389-93.
5. Bertolozzi, Maria Rita; Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Takahashi, Renata Ferreira; Ciosak, Suely Itsuko; Hino, Paula; Val, Luciane Ferreira do. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009, 43(Esp 2):1326-30.
6. Polejack, Larissa; Seidl, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva. 2010, 15(supl.10):1201-8.
7. Brasil, Ministério da Saúde. . Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids. 2008.
8. Pompeo, Daniele Alcalá; Rossi, Lidia Aparecida; Galvão, Cristina Maria. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de avaliação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2009, 22(4):434-8.
9. Mendes, Karina Dal Sasso; Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm. 2008, 17(4):758-64.
10. Ursi, Elizabeth Silva; Galvão, Cristina Maria. Prevenção de Pele no perioperatório:

Revisão Integrativa da Literatura. Rev. Latino-am. Enferm. 2006, 14(1):124-31.

11. Minayo, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec: 2010.
12. Calazans, Gabriela Junqueira; Filho, Haraldo César Saletti; Júnior, Ivan França; Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin, Stela Maris de Mello; Paula, Cristiane Cardoso de; Schaurich, Diego; Fontoura, Vaneza de Andrade da. (org.) Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria. Editora UFSM. 2006, p. 43 – 62.
13. Polit, Denise; Beck, Chenry Talano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.
14. Feitosa, Ana Claudia; Lima, Hérica James Acioly; Caetano, Joselany Afio; Andrade, Luciene Miranda de; Beserra, Eveline Pinheiro. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/aids. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008, 12(3):515-21.
15. Mills, Edward; Nacheval, Jean; Bangsberg, David; Singh, Sonal; Rachlis, Beth; Wilson, Kumanan.. Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Countries. JAMA. 2006, 296: 679 - 90.
16. Figueiredo, Rosely Moralez de; Sinkoc, Verônica Maria; Tomazim, Cybele Cristina; Galfani, Maria Cecília Bueno Jayme; Colombrini, Maria Rosa Ceccato. Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Rev. Latino-americana de enfermagem.. 2001, 9(4):50-5.
17. Seidl, Eliane Maria Fleury; Mechíades, Adriana; Farias, Vivyanne; Brito, Alexander. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007, 23(1): 2305 -16.
18. Maskew, Mhairi; Macphail, Patrick; Menezes, Cristiane; Rubel, Dennis. Lost to follow-up contributing factors and challenges in South patients on antiretroviral therapy. South African Medical Journal, 2007.
19. Rachid, Márcia. Causas relacionadas à interrupção do tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006, 52(2):63-77.
20. Rego, Samuel Robson Moreira; Rego, Daianny Macedo de Sousa. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. J. Bras. Psiquiatr. 2010, 59(1): 70 – 73.
21. Rego, Samuel Robson Moreira; Oliveira, Carlos Francisco Almeida de; Rego, Daianny Macedo de Sousa; Júnior, Raimundo Félix dos Santos; Silva, Vitor Brito da. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de indivíduos com aids em uso de HAART. J. Bras. Psiquiatr. 2011, 60(1):46-49.
22. Melchior, Regina; Nemes, Maria Ines Battistella; Alencar, Tatianna Meireles Dantas; Buchalla, Cássia Maria. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com

- HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2007, 41(supl. 2): 87–93.
23. Wang , Honghong; Zhou, Jun; He, Gouping; Luo, Yang; Li, Xianhong, Yang, Aiyun; et al. Consistent ART Adherence Is Associated with Improved Quality of Life, CD4 Counts, and Reduced Hospital Costs in Central China. AIDS research and human retroviruses. 2009, 25(8): 757-63.
 24. Ventura A. Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção VIH/SIDA: Revisão de Artigos Publicados. Arq Med. 2006, 20(2): 37-49.
 25. Brito, Ana Maria de; Szwarcwald, Célia Szwarcwald; Castilho, Euclides Ayres. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com Aids, Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 – 2002. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006, 52(2):86 – 92.
 26. Colombrini, Maria Rosa Ceccato; Coleta, Marília Ferreira Dela; Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. Rev. Esc .Enferm. USP. 2008, 42(3): 490-5.
 27. Polejack, Larissa; Seidl, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva. 2010, 15(supl. 10): 1201 – 1208.
 28. Ceccato, Maria das Graças; Acurcio, Francisco; César, Cibele; Bonolo, Palmira; Guimarães, Mark. Compreensão da terapia anti-retroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. Cad. Saúde Pública. 2008, 24(7): 1689 – 98.
 29. Souza, Bruna Bezerra; Vasconcelos, Carla Calado; Tenório, Danielle de Melo; Lucena, Maria Gorethe Alves; Holanda, Reila Leliana Tenório de. A política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. J. Manag. Prim. Health Care. 2010, 1(1): 23-26.
 30. Lago, Regina Ferro; Costa, Nilson do Rosário. Antiretroviral manufacturers and the challenge of universal access to drugs through the Brazilian National STD/AIDS Program. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009, 25(10): 2273-2284.

Anexo

N.	Referência
A1	López JC, Moreno S, Jiménez-Oñate F, Clotet B, Rubio R, Hernández-Quero J. A cohort study of the food effect on virological failure and treatment discontinuation in patients on HAART containing didanosine enteric-coated capsules (FOODDIE Study). HIV Clin Trials. 2006;7(4):155-62.
A2	Tuboi SH, Harrison LH, Sprinz E, Albernaz RK, Schechter M. Predictors of virologic failure in HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy in Porto Alegre, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005;40(3):324-8.

N.	Referência
A3	Li X, Margolick JB, Conover CS, Badri S, Riddler SA, Witt MD, Jacobson LP. Interruption and discontinuation of highly active antiretroviral therapy in the multicenter AIDS cohort study. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2005;38(3):320-8.
A4	Lima V, Fernandes K, Rachlis B, Druyts E, Montaner J, Hogg R. Migration adversely affects antiretroviral adherence in a population-based cohort of HIV/AIDS patients. <i>Soc Sci Med.</i> 2009;68(6):1044-9.
A5	Muyingo SK, Walker AS, Reid A, Munderi P, Gibb DM, Ssali F, Levin J, Katabira E, Gilks C, Todd J; DART Trial Team. Patterns of individual and population-level adherence to antiretroviral therapy and risk factors for poor adherence in the first year of the DART trial in Uganda and Zimbabwe. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2008;48(4):468-75.
A6	Fletcher CV, Testa MA, Brundage RC, Chesney MA, Haubrich R, Acosta EP, Martinez A, Jiang H, Gulick RM. Four measures of antiretroviral medication adherence and virologic response in AIDS clinical trials group study 359. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2005;40(3):301-6.
A7	Cohn SE, Kammann E, Williams P, Currier JS, Chesney MA. Association of adherence to Mycobacterium avium complex prophylaxis and antiretroviral therapy with clinical outcomes in Acquired Immunodeficiency Syndrome. <i>Clin Infect Dis.</i> 2002;34(8):1129-36.
A8	Colombrini, Maria Rosa Ceccato; Dela Coleta, Marília Ferreira; Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. - Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz - Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy - Factores de riesgo para la no-adherencia al tratamiento con terapia anti-retroviral altamente eficiente. <i>Rev. Esc. Enferm. USP;</i> 42(3), set. 2008.tab.
A9	Sharma M, Singh RR, Laishram P, Kumar B, Nanao H, Sharma C, Ahmed T. Access, adherence, quality and impact of ARV provision to current and ex-injecting drug users in Manipur (India): an initial assessment. <i>Int J Drug Policy.</i> 2007;18(4):319-25.
A10	Peñarrieta, Maria Isabel; Kendall, Tamil; Martinez, Norma; Rivera, Ana María; Gonzales, Nora; Flores, Florabel; Angel, Elva del. - Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con vih en Tamaulipas, México - Adherence to

N.	Referência
	antiretroviral treatment by people with hiv in Tamaulipas, Mexico. Rev. peru. med. exp. salud publica; 26(3):333-337, jul.-sept. 2009.tab.
A11	Carrieri MP, Raffi F, Lewden C, Sobel A, Michelet C, Cailleton V, Chêne G, Leport C, Moatti JP, Spire B; APROCO study group. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study. Antivir Ther. 2003;8(6):585-94.
A12	Weinberg A, Harwood JE, McFarland EJ, Pappas J, Davies J, Kinzie K, Barr E, Paul S, Salbenblatt C, Soda E, Vazquez A, Peloquin CA, Levin MJ. Kinetics and determining factors of the virologic response to antiretrovirals during pregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol. 2009;2009:621780.
A13	Wang H, Zhou J, He G, Luo Y, Li X, Yang A, Fennie K, Williams AB. Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China. AIDS Res Hum Retroviruses. 2009;25(8):757-63.
A14	Weidle PJ, Wamai N, Solberg P, Liechty C, Sendagala S, Were W, Mermin J, Buchacz K, Behumbiize P, Ransom RL, Bunnell R. Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. Lancet. 2006;368(9547):1587-94.
A15	Olowookere SA, Fatiregun AA, Akinyemi JO, Bamgboye AE, Osagbemi GK. Prevalence and determinants of nonadherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Ibadan, Nigeria. J Infect Dev Ctries. 2008;2(5):369-72.
A16	Reynolds NR, Testa MA, Marc LG, Chesney MA, Neidig JL, Smith SR, Vella S, Robbins GK; Protocol Teams of ACTG 384, ACTG 731 and A5031s. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. AIDS Behav. 2004;8(2):141-50.
A17	Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. [Predictors of compliance with highly active antiretroviral therapy in Brasília, Distrito Federal, Brazil, 1999-2000]. Determinantes de aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cad Saude Publica. 2003;19(2):593-604.

N.	Referência
A18	Horne R, Cooper V, Gellaitry G, Date HL, Fisher M. Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: the utility of the necessity-concerns framework. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2007;45(3):334-41.
A19	Johnson MO, Charlebois E, Morin SF, Catz SL, Goldstein RB, Remien RH, Rotheram-Borus MJ, Mickalian JD, Kittel L, Samimy-Muzaffar F, Lightfoot MA, Gore-Felton C, Chesney A; NIMH Healthy Living Project Team. Perceived adverse effects of antiretroviral therapy. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2005;29(2):193-205.
A20	Gir, Elucir; Vaichulonis, Carla Gisele; Oliveira, Marcela Dias de. - Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista / Adhesion to anti-retroviral therapy by individuals with HIV/AIDS attended at an institution in the interior of São Paulo. <i>Rev. latinoam. enferm;</i> 13(5):634-641, set.-out. 2005.tab.
A21	Malta M, Petersen ML, Clair S, Freitas F, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. <i>Cad Saude Publica.</i> 2005;21(5):1424-32
A22	Sledjeski EM, Delahanty DL, Bogart LM. Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. <i>AIDS Patient Care STDS.</i> 2005;19(11):728-36.
A23	Cook JA, Grey D, Burke J, Cohen MH, Gurtman AC, Richardson JL, Wilson TE, Young MA, Hessel NA. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. <i>Am J Public Health.</i> 2004;94(7):1133-40.
A24	Maggiolo F, Airoidi M, Kleinloog HD, Callegaro A, Ravasio V, Arici C, Bombana E, Suter F. Effect of adherence to HAART on virologic outcome and on the selection of resistance-conferring mutations in NNRTI- or PI-treated patients. <i>HIV Clin Trials.</i> 2007;8(5):282-92.
A25	Silverberg MJ, Leyden W, Quesenberry CP, Horberg MA. Race/ethnicity and risk of AIDS and death among HIV-infected patients with access to care. <i>J Gen Intern Med.</i> 2009;24(9):1065-72.
A26	Chen SC, Yu JK, Harries AD, Bong CN, Kolola-Dzimadzi R, Tok TS, King CC, Wang JD. Increased mortality of male adults with AIDS related to poor compliance

N.	Referência
	to antiretroviral therapy in Malawi. <i>Trop Med Int Health</i> . 2008;13(4):513-9.
A27	Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. <i>J Gen Intern Med</i> . 2009;24(10):1101-8.
A28	Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, Schneiderman N. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. <i>J Psychosom Res</i> . 2003;54(3):271-8.
A29	Zachariah R, Van Engelgem I, Massaquoi M, Kocholla L, Manzi M, Suleh A, Phillips M, Borgdorff M. Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. <i>Trans R Soc Trop Med Hyg</i> . 2008;102(3):288-93.
A30	Ware NC, Idoko J, Kaaya S, Biraro IA, Wyatt MA, Agbaji O, Chalamilla G, Bangsberg DR. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. <i>PLoS Med</i> . 2009;6(1):e11.
A31	Yokaichiya CM, Figueiredo Wdos S, Schraiber LB. [Injecting drug users and antiretroviral therapy: perceptions of pharmacy teams]. <i>Usuários de drogas injetáveis e terapia anti-retroviral: percepções das equipes de farmácia</i> . <i>Rev Saude Publica</i> . 2007;41 Suppl 2:14-21.

Quadro 5 – Corpus da pesquisa

1.3 Artigo 3 – Fatores que influenciam na adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS

Resumo

Objetivos: Identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo analítico e delineamento transversal. A amostra foi composta por 179 adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS atendidos em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2012, por meio de instrumento autoaplicável. Foi realizada análise bivariada, cruzando o desfecho (adesão à terapia antirretroviral) por meio do CEAT-VIH, e as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais. **Resultados:** Foi encontrada relação estatística significativa entre adesão e a raça, escolaridade, carga viral, manter o acompanhamento de sua saúde no serviço, a propensão para alcoolismo, se houve mudança no estilo de vida e a necessidade de utilizar medicações psiquiátricas. **Conclusões:** foi possível identificar que o contexto sociodemográfico e econômico, clínico e comportamental influenciam e estão diretamente ligado à adesão ao tratamento.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Fármaco para o HIV/terapêutico; Adesão à Medicação; Adulto.

Abstract

Objectives: To identify the factors associated to the adherence to the antiretroviral treatment of adults with HIV/AIDS. **Method:** This is a study with quantitative approach, classified as analytical type and cross-sectional design. The sample was comprised of 179 adults under antiretroviral treatment for the HIV/AIDS treated at a university hospital in the Brazilian South. The data collection took place from January to July 2012, through a self-applicable instrument. We have performed a bivariate analysis, crossing the outcome (adherence to the antiretroviral therapy) by means of the CEAT-HIV and sociodemographic, economic, clinical and behavioral variables. **Results:** We have found a statistically significant relationship among adherence and breed, schooling, viral load, the act of keeping the follow-up of your health in the service, the propensity to alcoholism, whether there was a change in the lifestyle and the need to use psychiatric medications. **Conclusions:** It was possible to identify that the

sociodemographic and economic context, as well as the clinical and behavioral context, influence and are directly linked to treatment adherence.

Descriptors: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome; Medicinal Drug for HIV/therapeutic; Medication Adherence; Adult.

Resumen

Objetivos: Identificar los factores relacionados a la adhesión al tratamiento antirretroviral de adultos con HVI/SIDA. **Método:** Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, del tipo analítico y delineamiento transversal. La muestra fue compuesta por 179 adultos en tratamiento antirretroviral para el HVI/SIDA atendidos en un Hospital Universitario del Sur de Brasil. La colecta de datos ocurrió de enero a julio de 2012, por medio de instrumento auto aplicable. Fue realizado análisis bisvariada, cruzando el desenlace (adhesión a la terapia antirretroviral) por medio de CEAT-VIH, y las variables sociodemográficas, económicas, clínicas y comportamentales. **Resultados:** Fue encontrada relación estadística significativa entre adhesión y la raza, escolaridad, carga viral, mantener el acompañamiento de su salud en el servicio, la propensión para alcoholismo, si hubo cambio en el estilo de vida y la necesidad de utilizar medicaciones psiquiátricas. **Conclusiones:** fue posible identificar que el contexto sociodemográfico y económico, clínico y comportamental influyen y están directamente ligados a la adhesión al tratamiento.

Descritores: HVI; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Fármaco para el HVI/terapéutico; Adhesión a la Medicación; Adulto.

Introdução

A adesão ao tratamento antirretroviral é considerada um dos maiores desafios na atenção e assistência às pessoas com HIV/AIDS, uma vez que demanda principalmente de mudanças comportamentais e dietéticas, da necessidade permanente de medicamentos antirretrovirais e do acompanhamento no serviço de saúde.⁽¹⁾ Destaca-se por ser um processo dinâmico, multi determinado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde.⁽²⁾

Diante da relevância da temática, a adesão ao tratamento antirretroviral vem sendo discutida com maior ênfase, apontando a necessidade de avaliação constante durante o

tratamento antirretroviral. Entretanto, essa avaliação ainda merece destaque, uma vez que na literatura existem poucas ferramentas para avaliar os vários fatores que implicam em um comportamento para a adesão.⁽³⁾

Em 2009, foi realizado um estudo,⁽⁴⁾ que buscou identificar fatores relacionados a adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos. Diante desta análise, pode-se observar a necessidade da avaliação contínua da adesão e dos fatores que podem interferir no tratamento antirretroviral, pois estão diretamente ligados à melhora das condições clínicas dos adultos, minimizando a possibilidade de adoecimento e, conseqüentemente, a melhora de sua expectativa de vida.

Esses fatores, muitas vezes, estão relacionados ao próprio cotidiano das pessoas com HIV/AIDS, a doença, ao tratamento e ao serviço de saúde.^(5,6) Outros estudos avaliam a adesão e a conceituam unicamente pela ingestão dos medicamentos antirretrovirais, as quais podem variar de acordo com o percentual de doses ingeridas,⁽⁷⁻¹²⁾ estes, apresentam inúmeras limitações na sua forma de medir a adesão, como por exemplo, sua avaliação segue uma tendência subjetiva e não avaliam questões relacionadas ao horário de tomada da medicação ou do seguimento das eventuais restrições dietéticas.

Destaca-se que é evidente o avanço no conhecimento científico acerca da adesão e dos fatores que podem interferir no tratamento antirretroviral. No entanto ainda existem poucas produções brasileiras sobre este assunto.⁽¹³⁾

Neste estudo, optou-se pelo “Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” (CEAT-VIH),⁽¹⁴⁾ uma vez que valoriza não somente a ingestão dos medicamentos antirretrovirais, mas todas as dificuldades e barreiras compreendidas pela pessoa para cumprir o tratamento.^(3,14) Suas propriedades psicométricas demonstram sua utilidade, confiabilidade, tornando-se válido para avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS.⁽³⁾

Durante este período evidenciou-se que além de avaliar a adesão ao tratamento, era necessário identificar os fatores que modulam a eficácia do tratamento. Assim, ressalta-se que em 2002, é publicado na literatura o CEAT-VIH, o qual consiste de uma avaliação multidimensional do tratamento, o qual permite a partir da avaliação de seus 20 itens verificar a adesão ao tratamento.⁽¹⁴⁾

A partir da utilização do CEAT-VIH, vários países e diferentes áreas do conhecimento vêm-se utilizando deste instrumento de avaliação, uma vez que apresenta características que diferem dos demais instrumentos encontrados na literatura. A diferença é que o CEAT-VIH busca a partir do seu contexto, avaliar duas dimensões que envolvem o tratamento, a primeira relacionada à adesão, permeada por utilização dos medicamentos, nível de compromisso do paciente e conhecimento sobre os medicamentos prescritos.⁽³⁾

A segunda, esta relacionada aos fatores que afetam a adesão ao tratamento, que incluem: antecedentes de não-conformidade, crenças do paciente sobre a medicação, intensidade de efeitos colaterais, grau de informação e conhecimento sobre a medicação, grau de satisfação com a realização do tratamento, percepções de benefícios para a saúde, e a utilização de estratégias para lembrar de tomar a medicação.⁽³⁾

A partir da questão norteadora “existe relação entre a adesão ao tratamento antirretroviral e as características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais?”, apresenta-se como objeto de estudo os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado no Ambulatório de Doenças Infecciosas (ADI) – adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no Rio Grande do Sul, Brasil.

A amostra foi composta por 179 adultos cadastrados para a terapia antirretroviral (TARV) do HIV/AIDS na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) em um período mínimo de três meses, no seguimento populacional ≥ 20 anos de idade e que realizassem acompanhamento nesse serviço. Foram excluídos os indivíduos com alguma limitação cognitiva e mental que dificultasse a expressão verbal, presidiários a fim de não interferir o princípio de privacidade e mulheres em período gravídico puerperal, uma vez que poderiam estar iniciando o tratamento, como medida de profilaxia para a transmissão vertical do HIV/AIDS. Para o cálculo do tamanho da amostra assumiu-se uma proporção estimada de 50%, erro amostral de 5,7% e 95% de confiança.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2012, por meio de um instrumento composto por dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, e pela versão brasileira do CEAT-VIH,⁽¹⁵⁾ o qual permite identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral.

Os dados foram inseridos no programa *Epi-info*®, versão 3.5, por meio de dupla digitação independente. Após correção de erros e inconsistências foi realizada análise no programa *PASW Statistics*® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for windows. Utilizou-se a estatística descritiva e análise bivariada, cruzando o desfecho (adesão ao tratamento antirretroviral) e as variáveis independentes (sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais).

A pontuação total da adesão ao tratamento é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento.⁽¹⁵⁾ Classificando o grau de adesão ao TARV em “estrita”, “regular” e “baixa adesão ou inadequada”. Neste estudo, a aderência ao tratamento foi definida como “aderentes” (escore bruto ≥ 83 ; percentil ≥ 85) e “não aderentes” (escore bruto < 83 ; percentil < 85), sendo estes estabelecidos a partir da amostra deste estudo.

A consistência interna do CEAT-VIH foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de

Cronbach (0,782) e o teste de normalidade apontou uma distribuição assimétrica do CEAT-VIH, segundo teste Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar as associações utilizou-se o Teste do Qui-quadrado ou Exacto de Fisher, com nível de significância de $P < 0,05$.

O estudo respeitou os aspectos éticos segundo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 0322.0.243.000-11. A participação dos adultos com HIV/AIDS foi voluntária e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados

Dos 179 adultos em TARV para o HIV/AIDS participantes da pesquisa, 50,8% (n=91) eram do sexo masculino, 73,2% (n=131) apresentavam cor ou raça branca, 36,3% (n=65) apresentavam idade entre 40 a 49 anos, idade média (43,21, \pm 10.48), 56,4% (n=101) não havia estudado ou tinha estudado até o ensino fundamental, 42,4% (n=76) apresentavam de dois a quatro filhos, 62,6% (n=112) residiam no município de Santa Maria, 51,4% (n=92) relataram que sua situação conjugal era que viviam sozinhos, 65,4% (n=117) dos adultos não apresentavam emprego, 73,0% (n=127) apresentavam renda per capita de até dois salários mínimos, em 68,2% (n=122) a via de transmissão do HIV foi a sexual e segundo a avaliação do CEAT-VIH, 83,2% (n=149) foram definidos como não aderentes.

A relação entre os dados sociodemográficos e econômicos de adultos em TARV para o HIV/AIDS e a adesão ao tratamento antirretroviral apresentou significância estatística quando relacionados à cor ou raça e o nível de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 3 – Relação entre as condições sociodemográficas e econômicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS e a adesão ao tratamento antirretroviral. Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013

Variáveis	N	%	Adesão		p		
			Aderente	Não Aderente			
Sexo							
Masculino	91	50,8	16	17,6	75	82,4	0,764
Feminino	88	49,1	14	15,9	74	84,1	
Cor ou Raça							
Branca	131	73,2	27	20,6	104	79,4	0,002*
Outras raças	48	26,8	3	6,2	45	93,7	
Idade							
De 20 a 43 anos	92	51,4	13	14,1	79	85,9	0,333
Maior e igual a 44 anos	87	48,6	17	19,5	70	80,5	
Nível de Escolaridade							
Não estudou ou estudou até ensino fundamental	101	56,4	12	11,9	89	88,1	0,004
Até o ensino médio	45	25,1	6	13,3	39	86,7	
Até o ensino superior	33	18,4	12	36,4	21	63,6	
Número de filhos							
Nenhum filho	38	21,2	5	13,2	33	86,8	0,128
Um filho	52	29,1	14	26,9	38	73,1	
Dois a quatro filhos	76	42,4	10	13,2	66	86,8	
Cinco ou mais filhos	13	7,3	1	7,7	12	92,3	
Local de residência							
Santa Maria	112	62,6	20	17,9	92	82,1	0,611
Outros municípios	67	37,4	10	14,9	57	85,1	
Situação Conjugal							
Convive com esposo(a)/companheiro(a)	87	48,6	16	18,4	71	81,6	0,147
Vive sozinho(a)	92	51,4	14	15,2	78	84,8	
Você esta empregado no momento							
Sim	62	34,6	10	16,1	52	83,9	0,869
Não	117	65,4	20	17,1	97	82,9	
Renda per cápita da família (n=174)							
Até dois salários mínimos	127	73,0	17	13,4	110	86,6	0,056
Mais de dois salários mínimos	47	27,0	12	25,5	35	74,5	

* Teste Exato de Fisher

A relação entre as características clínicas dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento apontou relação estatística significativa apenas quando relacionado aos valores de carga viral (Tabela 2).

Tabela 4 – Relação entre características clínicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral, Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013

Variáveis	N	%	Adesão		P		
			Aderente	Não Aderente			
Recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento	109	60,9	18	16,5	91	83,5	0,912
Sim	70	39,1	12	17,1	58	82,9	
Não							
Célula T CD4 (n=178)							
Até 350	59	33,1	9	15,3	50	84,7	0,688
Maior ou igual a 351	119	66,9	21	17,6	98	82,4	
Carga viral (n=178)							
Menor ou igual a 50	131	73,6	30	22,9	101	77,1	0,001*
Maior que 50	47	26,4	0	-	47	100	
Teve alguma doença oportunista							
Sim	79	44,1	11	13,9	68	86,1	0,367
Não	100	55,9	19	19,0	81	81,0	
Tempo de diagnóstico							
Menos e igual a 5 anos	60	33,5	9	15,0	51	85,0	0,553
De 6 a 10 anos	68	38,0	14	20,6	54	79,4	
Mais de 11 anos	51	28,5	7	13,7	44	86,3	
Tempo de tratamento (n=177)							
Menos e igual a 5 anos	85	48,0	13	15,3	72	84,7	0,162
De 6 a 10 anos	65	36,7	15	23,1	50	76,9	
Mais de 11 anos	27	15,3	2	7,4	25	92,6	

* Teste Exato de Fisher

A relação entre as características comportamentais dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral apresentou significância estatística quando relacionados ao “como é manter o acompanhamento de sua saúde no serviço”, a “propensão para alcoolismo (CAGE)”, se houve “mudança no estilo de vida” e se necessitou “utilizar medicações psiquiátricas” (Tabela 3).

Tabela 5 – Relação entre as características comportamentais dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral. Janeiro a Julho de 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	N	%	Adesão				P
			Aderente		Não Aderente		
Se está trabalhando, alguém sabe do seu diagnóstico (n=62)							
Sim	28	45,2	2	7,1	26	92,9	0,097
Não	34	54,8	8	23,5	26	76,5	
Utiliza algum desses tipos de drogas							
Sim	14	7,8	1	7,1	13	92,9	0,470*
Não	165	92,2	29	17,6	136	82,4	
Ingere bebida alcoólica (n=178)							
Sim	48	27,0	7	14,6	41	18,4	0,623
Não	130	73,0	23	17,7	107	82,3	
Manter o acompanhamento da sua saúde no serviço é:							
Difícil/ Mais ou menos	75	41,9	6	8,0	69	92,0	0,008
Fácil	104	58,1	24	23,1	80	76,9	
Participa de algum tipo de grupo no serviço onde realiza o tratamento							
Sim	13	7,3	1	7,7	12	92,3	0,476*
Não	166	92,7	29	17,5	137	82,5	
Propensão para Alcoolismo (CAGE) (n=48)							
Não etilista	30	62,5	7	23,3	23	76,7	0,036*
Suspeita de alcoolismo	18	37,5	0	-	18	100,0	
Mudança no estilo de vida							
Sim	78	43,6	8	10,3	70	89,7	0,041
Não	101	56,4	22	21,8	79	78,2	
Deixou de tomar a medicação por mudança na prescrição							
Sim	34	19,0	3	8,8	31	91,2	0,209
Não	145	81,0	27	18,6	118	81,4	
Deixou de tomar a medicação por estar em jejum							
Sim	30	16,8	2	6,7	28	93,3	0,117*
Não	149	83,2	28	18,8	121	81,2	
Utiliza medicações psiquiátricas							
Sim	29	16,2	9	30,0	20	70,0	0,032
Não	150	83,8	21	14,0	129	86,0	

* Teste Exato de Fisher

Discussão

Neste estudo, a maioria da população de adultos em tratamento antirretroviral apresentou-se “não aderente”, ou com uma adesão de “regular” para “baixa / inadequada”, o

que converge com outras pesquisas, em que a adesão ao tratamento variou de 58% a 92% de baixa ou inadequada.⁽¹⁵⁻¹⁹⁾

A raça pode ser considerada um fator importante na avaliação da adesão ao tratamento. Apesar de que, a raça branca predominou neste estudo (73,2%), os caracterizados como outras raças (preta, amarelo, parda e indígena) apresentaram-se menos aderentes ao tratamento antirretroviral (93,7%). Entretanto, vem sendo considerada como um preditor de baixo risco à adesão ao tratamento, sendo assim pouco relacionada com a adesão.⁽²⁰⁾ Na literatura, a avaliação da raça apresentou uma tendência de que a população negra apesar de serem em um número menor, apresenta-se menos aderentes (72,2%).⁽¹⁶⁾

Quanto à escolaridade, os dados encontrados neste estudo convergem com a literatura, sendo que pessoas com maior nível de educação apresentam uma melhor adesão ao tratamento.^(16,17) Dessa forma, o nível de escolaridade pode estar relacionado a dificuldade de entendimento das pessoas com HIV/AIDS, uma vez que pessoas com menor nível de escolaridade conseqüentemente tem maiores dificuldades de acessar informações sobre sua doença e sobre a complexidade de seu tratamento.⁽²¹⁾

A renda percapita familiar apresentou uma tendência de que pessoas com menor poder aquisitivo (renda percapita < dois salários mínimos) tem uma menor adesão ao tratamento antirretroviral. Sendo que 86,6% dos adultos que apresentavam uma renda percapita baixa encontram-se entre os não aderentes. A baixa condição econômica é um fator que pode interferir na adesão ao tratamento, uma vez que os que têm uma condição econômica mais baixa apresentam maiores chances de não realizar o tratamento.⁽²²⁾

A carga viral é um marcador biológico que deve ser sempre avaliado, uma vez que o objetivo do tratamento antirretroviral é interromper o aumento de carga viral no organismo, procurando preservar a função imunológica de cada indivíduo. A sua avaliação, na literatura, evidenciou relação estatística significativa quando relacionada com a adesão.^(18,22)

Outro parâmetro clínico importante a ser avaliado na adesão ao tratamento antirretroviral é os valores de Células T CD4⁺, porém destaca-se que neste estudo não apresentou relação estatística significativa. Os valores de carga viral e Células T CD4⁺ são dois importantes parâmetros de avaliação imunológica do tratamento, uma vez que a sua relação ocorre por meio de uma adesão adequada, diminuindo a carga viral circulante no sangue, e aumentando o número de Células T CD4⁺, diminuindo assim, os sinais clínicos de infecção.⁽¹⁷⁾

Manter o acompanhamento de sua saúde no serviço é considerado um fator que pode influenciar na adesão ao tratamento. Esses aspectos quando negativo pode dificultar a realização do tratamento, pois envolvem além do regime de tratamento, o cotidiano e a rotina diária do usuário, os contextos socioeconômicos desfavoráveis e o acesso limitado por parte dos indivíduos com HIV/AIDS à TARV.⁽⁷⁾ Apesar da falta de dados para comparação na literatura, destaca-se que esta relação torna-se importante e necessária, pois permite evidenciar a satisfação e as dificuldades relacionadas ao serviço de saúde, na realização do tratamento antirretroviral.^(11,13,23)

O instrumento que permite avaliar o nível de propensão para o alcoolismo (CAGE) pode ser considerado um preditor importante na avaliação da adesão. Dentre os adultos que ingerem bebidas alcoólicas e estão propensos ao alcoolismo, tendem a não realizar corretamente o tratamento. Entretanto, na literatura não foram encontrados estudos que avaliaram a relação com o CAGE, mas sim com a utilização de bebidas alcoólicas, não evidenciando relação estatística significativa com a adesão.⁽¹⁶⁾ Estas características, no Brasil ocorrem por existir um senso comum de que bebidas alcoólicas e medicamentos não podem ser misturados. Isso contribui para que mesmo pessoas aderentes ao tratamento parem de tomar os medicamentos para consumir bebida alcoólica, ainda que socialmente.^(24,25)

A necessidade da mudança no estilo de vida dos indivíduos que realizam o tratamento antirretroviral foi um fator que interferiu na adesão, porém na literatura não foram encontrados estudos que realizaram esta avaliação. No entanto, a mudança no estilo de vida das pessoas em decorrência do tratamento antirretroviral, evidencia a necessidade de impor mudanças na rotina das pessoas em tratamento, como horários rígidos para a medicação, acompanhamento por meio de consultas e exames no serviço de referência, sendo que estas mudanças interferem no seu cotidiano de vida.⁽²⁶⁾

A utilização de medicações psiquiátricas foi considerada um fator que interfere na adesão ao tratamento, ressalta-se a necessidade de investimentos em pesquisas com vistas a evidencia de relações entre a condição mental de pessoas vivendo com HIV/AIDS e uso de medicações, uma vez que não foram encontrados estudos com este foco. Assim, destaca-se a importância de avaliações que retratam os aspectos psicológicos nesta população, pois apresentam alto índice de transtornos de ansiedade, depressão e complicações neuropsiquiátricas, as quais podem ser decorrentes da ação direta do HIV no Sistema Nervoso Central, como de doenças oportunistas, de transtornos mentais de base ou secundários e ainda, pelo uso de medicações ARV utilizadas no tratamento.⁽²⁷⁾

As demais características sociodemográficas, clínicas e comportamentais não apresentaram relação estatística com a adesão, o que evidencia a necessidade de estudos em outras populações, para se avaliar distintas situações e características individuais.

Conclusão

A baixa adesão ao tratamento antirretroviral encontrada neste estudo torna-se um fator preocupante, uma vez que adesão é considerada uma das prioridades na assistência aos pacientes em tratamento antirretroviral para HIV/AIDS. Muito se tem evoluído nos últimos anos em relação aos medicamentos antirretrovirais e as políticas públicas relacionadas à assistência dos pacientes em tratamento antirretroviral.

O CEAT-VIH utilizado para avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral é um instrumento que abrange inúmeros moduladores do tratamento, e não unicamente a ingestão dos medicamentos, o que permite identificar a adesão em um contexto amplo. A sua utilização se torna essencial na assistência aos indivíduos em tratamento para o HIV/AIDS, permitindo identificar individualmente fatores que venham a resultar na falha no tratamento antirretroviral.

A avaliação dos fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral permitiu identificar que o contexto sociodemográfico e econômico, clínico e comportamental influenciam e está diretamente ligado a adesão ao tratamento.

As condições sociodemográficas e econômicas, principalmente ligadas ao nível de escolaridade e a raça devem ser sempre avaliadas no início e durante o tratamento antirretroviral, a fim de identificar se estão interferindo de modo positivo ou negativo na realização do tratamento antirretroviral.

A condição clínica dos indivíduos com HIV/AIDS contribui na avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral, devendo em todas as consultas de acompanhamento ser avaliadas. Estas possibilitarão identificar falhas no tratamento, seja por uma condição comportamental do indivíduo ou por resistência do medicamento ao organismo.

A partir do contexto comportamental dos adultos em tratamento para o HIV/AIDS foi possível identificar que a dificuldade em manter o acompanhamento de sua saúde no serviço, estar propenso para alcoolismo, a mudança no estilo de vida e a utilização de medicações psiquiátricas interferem na adesão ao tratamento. Este contexto, ainda é pouco explorado, necessitando ser melhor avaliado, a fim de propor estratégias que busquem melhores adequações na relação entre a vida dos indivíduos com AIDS e o tratamento antirretroviral.

Sugere-se a implantação do CEAT-VIH no ADI - Adulto do HUSM, a fim de avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos com HIV/AIDS e, com isso, investir em ações

de educação em saúde, com o intuito de melhorar os níveis de adesão ao tratamento e as condições de saúde desta população.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: Coletânea de estudos do Projeto ATAR. Série B. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- 2- Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 1):1201-1208.
- 3- Remor E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6(1):1-15.
- 4- Padoin SMM, Paula CC, Zuge SS, Primeira MR, Santos EEP, Tolentino LC. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(4):194-197.
- 5- Padoin SMM, Machiesqui SR, Paula CC, Tronco CS, Marchi MC. Cotidiano Terapêutico de adultos portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3)389-93.
- 6- Margalho R, Paixão R, Pereira M. Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência Humana (VIH). *Psicologia, saúde e Doença*. 2010; 11(1):71-81.
- 7- Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas de adesão. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(4):261-278.
- 8- Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
- 9- Carvalho CV, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Ver. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2007;40(5):555-565.
- 10- Ilias M, Carandina LM, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(2): 471-84.

- 11- Schilkowsky LB, Portela MC, Castilho M. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):187-97.
- 12- Seidl EMF, Malchíades A, Vivyanne F, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(10):2305-2316.
- 13- Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(Supl 2):2299-2306.
- 14- Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002;14(2): 262-267.
- 15- Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):685-94.
- 16- Casotti JAS, Mendes AA, Endlich BN, Queiroz MD, Tartaglia RS, Motta TQR. Factors Associated with adherence to HAART in patients with HIV/AIDS. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2011;23(4):215-221.
- 17- Resende RC, Podestá MHMC, Souza W, Barroso TO, Vila Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR)* 2012;10(2):186-201.
- 18- Dima AL, Schweitzer AM, Diaconita R, Remor E, Wanless RS. Adherence to ARV medication in Romanian Young adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. *Psychology, Health e Medicine*. 2012; 1-12.
- 19- Tafur-Valderrama E, Ortiz C, Alfaro CO, García-Jiménez E, Faus MJ. Adaptacións Del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesion al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm*. 2008;49(3):183-198.
- 20- Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
- 21- Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no sul do Brasil. *Rev da Sociedade de Medicina Tropical*. 2009; 42(3):131-36.

- 22- Remor E, Penedo FJ, Shen B-J, Schneiderman N. Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care*. 2007; 19(2):215-219.
- 23- Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma evidência. *Rev Bras de Enferm*. 2009; 62(2):213-20.
- 24- Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(Supl. 2):87-93.
- 25- Rego SEM, Oliveira CFA, Rego DMS, Júnior RFS, Silva VB. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de indivíduos com aids em uso de HAART. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(1):46-9.
- 26- Santos CNR, Silva LR, Soares AQ. Perfil Epidemiológico dos pacientes em terapia antirretroviral em seguimento na Universidade Federal de Goiás. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2010; 7(3):53-61.
- 27- Camargo LA, Capitão CG. Reflexões e propostas acerca da avaliação psicológica no contexto HIV/AIDS. *Rev SBPH*. 2009; 12(1):71-84.

1.4 Artigo 4 – Relação entre Adesão e Expectativa de Autoeficácia ao Tratamento Antirretroviral de adultos com HIV/AIDS

Resumo

Neste estudo objetivou-se avaliar a relação entre autoeficácia e a adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS. Estudo transversal, com 179 adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS atendidos em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. Utilizou-se a versão brasileira do “Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” e a “Escala de expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral”. A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2012. Identificou-se correlação positiva alta entre a expectativa de autoeficácia para seguir o tratamento e a adesão ao tratamento antirretroviral. Evidenciou-se também relação significativa entre adesão, escolaridade, manter o acompanhamento de saúde no serviço e mudança no estilo de vida. As relações evidenciadas agregam informações relevantes, que podem fortalecer as ações de saúde pautadas na atenção a saúde dos adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS.

Descritor: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Adesão à Medicação; Autoeficácia; Enfermagem.

Relationship between Adherence and Self-efficacy Expectancy to the Antiretroviral Treatment of adults with HIV/AIDS

Abstract

This study aimed at assessing the relationship between self-efficacy and the adherence to the antiretroviral treatment of adults with HIV/AIDS. This is a cross-sectional study with 179 adults under antiretroviral treatment for the HIV/AIDS treated at a university hospital in the Brazilian South. We have used the Brazilian version of the “*Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” and the “Scale of self-efficacy expectancy to follow the antiretroviral prescription”. The data collection took place from January to July 2012. We have identified a positive correlation between the high self-efficacy expectancy to follow the treatment and the adherence to the antiretroviral treatment. We have also unveiled a significant relationship between adherence, schooling, the act of keeping the follow-up of your health in the service and change in lifestyle. The evidenced relationships add relevant

information that might strengthen health actions guided by the health care of adults undergoing antiretroviral treatment for the HIV/AIDS.

Descriptors: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome; Highly Active Antiretroviral Therapy; Medication Adherence; Self-efficacy; Nursing.

Relación entre Adhesión y Expectativa de Autoeficacia al Tratamiento Antirretroviral de adultos con HVI/SIDA

Resumen

En este estudio se objetivó evaluar la relación entre autoeficacia y la adhesión al tratamiento antirretroviral de adultos con HVI/SIDA. Estudio transversal, con 179 adultos en tratamiento antirretroviral para el HVI/SIDA atendidos en un Hospital Universitario de la Región Sur de Brasil. Se utilizó la versión brasileña del “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” y la “Escala de expectativa de autoeficacia para seguir la prescripción antirretroviral”. La colecta de datos ocurrió de enero a julio de 2012. Se identificó correlación positiva alta entre la expectativa de autoeficacia para seguir el tratamiento y la adhesión al tratamiento antirretroviral. Se evidenció también relación significativa entre adhesión, escolaridad, mantener el acompañamiento de salud en el servicio y cambio en el estilo de vida. Las relaciones evidenciadas agregan informaciones relevantes, que pueden fortalecer las acciones de salud pautadas en la atención a la salud de los adultos en tratamiento antirretroviral para el HVI/SIDA.

Descriptor: HVI; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Terapia Antirretroviral de Alta Actividad; Adhesión a la Medicación; Autoeficacia; Enfermería.

Introdução

O Brasil, a fim de garantir o sucesso da terapia antirretroviral, tem priorizando nas políticas públicas do HIV/AIDS, estratégias que venham estabelecer a adesão ao tratamento antirretroviral, uma vez que é considerado um processo multifatorial e dinâmico que envolve a ingestão e o seguimento correto da prescrição médica. Porém o seu contexto ainda sofre a

influência de condições físicas e psicológicas que afetam o dia a dia de cada indivíduo, assim como, fatores sociais, culturais e comportamentais presentes no seu cotidiano.⁽¹⁾

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento antirretroviral está à expectativa de autoeficácia, o qual é definida como a convicção da pessoa sobre sua capacidade de controlar circunstâncias e de produzir determinados níveis de desempenho, que exerçam influência sobre acontecimentos que afetam o seu cotidiano de vida.⁽²⁾ Esta relação busca definir um conjunto de expectativas que o indivíduo possui diante das dificuldades impostas pelo tratamento medicamentoso e pela doença.⁽³⁾

Destaca-se a necessidade de o indivíduo atuar como parte integrante do tratamento, possibilitando manter e maximizar a mudança de comportamentos necessários para a realização do tratamento medicamentoso. Essa mudança de comportamento possibilitará aumentar a expectativa de autoeficácia ao tratamento, atendendo neste contexto, as principais necessidades emocionais causada pela doença e pela realização do tratamento antirretroviral.⁽⁴⁾

A expectativa de autoeficácia vem, nos últimos anos, sendo estudada com maior frequência em diferentes áreas de conhecimento e temáticas. A sua utilização está relacionada a resultados positivos no contexto da saúde, uma vez que o seu conceito está baseado nas crenças das pessoas, sobre sua capacidade em planejar e executar tarefas para gerar certos resultados.^(5,6)

Estudos⁽⁷⁻¹⁰⁾ vem demonstrando uma relação significativa entre as duas variáveis, permitindo a partir desta relação, reconhecer fatores que influenciam ou interferem no desenvolvimento de habilidades e percepções que venham repercutir nas demandas ambientais que afetam a vida, ou que levam os indivíduos ao adoecimento.

A partir da questão norteadora “existe relação entre a adesão e a expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral para o HIV/AIDS?”, o presente estudo

objetivou avaliar a relação entre autoeficácia e a adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS. Nesse contexto, apresenta-se como objeto de estudo a relação entre adesão e expectativa de autoeficácia ao tratamento antirretroviral.

Método

Estudo de abordagem quantitativa, com delineamento transversal, realizado em um Ambulatório de Doenças Infecciosas (ADI) – adulto de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, Brasil.

Foram incluídos adultos cadastrados para a Terapia Antirretroviral (TARV) do HIV/AIDS na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) em um período mínimo de três meses, no seguimento populacional maior ou igual a 20 anos de idade e que realizassem acompanhamento ambulatorial. E excluídos os indivíduos com alguma limitação cognitiva e mental que dificultasse a expressão verbal, presidiários a fim de não interferir o princípio de privacidade e mulheres em período gravídico puerperal, uma vez que poderiam estar iniciando o tratamento, como medida de profilaxia para a transmissão vertical do HIV/AIDS.

A população do estudo era de 432 adultos cadastrados para a TARV, segundo dados do serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e UDM. Para calcular o tamanho da amostra assumiu-se uma proporção estimada de 50%, erro amostral de 5,7% e 95% de confiança. A amostra foi composta por 179 adultos.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2012 no ADI – Adulto e na UDM do hospital universitário. Aplicou-se um instrumento composto por dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, e pela versão brasileira do “Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” (CEAT-VIH),⁽¹¹⁾ e a “Escala de expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral”.⁽³⁾

Os dados foram inseridos no programa *Epi-info*®, versão 3.5, por meio de dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências, as análises foram

realizadas no *PASW Statistics*® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão *18.0 for windows*.

A consistência interna do CEAT-VIH ($\alpha=0,78$) e da Escala de Expectativa de autoeficácia ($\alpha=0,93$) foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach. A normalidade dos dados foi avaliada pelo Teste Kolmogorov-Smirnov. Os dados com distribuição normal foram apresentados pela média e desvio padrão e com que não atenderam à normalidade foram apresentados pela mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo.

O CEATV-VIH A é composto por 20 itens. A pontuação da adesão ao tratamento (desfecho) foi obtida pela soma dos itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento.^(11,12) O grau de adesão ao tratamento antirretroviral foi classificado em adesão baixa/insuficiente (percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (percentil entre 50 e 85), adesão estrita (percentil ≥ 85).⁽¹¹⁾ Para as análises deste estudo, a aderência ao tratamento foi definida como “aderentes” (escore bruto ≥ 83 ; percentil ≥ 85) e “não aderentes” (escore bruto < 83 ; percentil < 85).

A Escala de expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral é unifatorial com 21 itens, com respostas em Escala Likert de cinco pontos (0 = com certeza não vou tomar; 1 = acho que não vou tomar; 2 = não sei; 3 = acho que vou tomar; 4 = com certeza vou tomar). Para calcular os escores foram somados os valores das 21 questões, e subtraído desse valor o mínimo assumido pela escala (no caso, zero), para assim, dividir a amplitude da escala (84-0), multiplicando por 100. Estes escores propõem uma variável continua e pode variar de 0 a 100, na qual, os valores mais altos indicam melhor expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral.⁽³⁾

Foram realizadas as análises comparando as médias entre adesão, autoeficácia e demais variáveis do estudo. Para este tipo de análise foram utilizados os Testes U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para avaliar a correlação entre adesão, autoeficácia e demais

variáveis, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson.⁽¹³⁾ Também foi realizado Regressão Linear Simples e análise de Correspondência, a fim de verificar a relação entre adesão e autoeficácia. Em todas as análises foi adotado o nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A participação dos adultos com HIV/AIDS foi voluntária e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo respeitou os demais aspectos éticos segundo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 0322.0.243.000-11.

Resultados

O perfil sociodemográfico e econômico dos adultos em TARV: 50,8% ($n=91$) eram do sexo masculino; 73,2% ($n=131$) eram de raça branca; 56,4% ($n=101$) não estudaram ou estudaram apenas até o ensino fundamental, 51,4% ($n=92$) viviam sozinhos, e 65,4% ($n=117$) não estavam empregado no momento, 73,0% ($n=127$) apresentavam renda per capita de até dois salários mínimos, 42,4% ($n=76$) apresentavam de dois a quatro filhos.

Perfil clínico dos adultos em TARV: 68,2% ($n=122$) adquiriram o HIV por meio da transmissão sexual, 38% ($n=68$) já sabem do seu diagnóstico de 6 a 10 anos, 48% realizam o tratamento antirretroviral num período \leq há cinco anos. E de 178 adultos em TARV, 66,9% ($n=119$) apresentaram valores de célula T CD4 \geq a 351 células/mm³ e 73,6% ($n=131$) apresentaram carga viral \leq a 50.000 cópias/ml.

Caracterização da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-HIV): a pontuação do instrumento variou de 45 a 88 pontos, com uma média de 75,6 ($\pm 7,7$). Quanto à classificação, 46,4% ($n=83$) tinham adesão baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 76 ; percentil ≤ 49), 36,9% ($n=66$) adesão boa/adequada (escore bruto entre 77 e 82; percentil entre 50 e 85), 16,8% ($n=30$) adesão estrita (escore bruto ≥ 83 ; percentil ≥ 85). Ao ser dicotomizado, 83,2% ($n=149$) foram definidos como não aderentes ao tratamento antirretroviral.

A expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral variou de 50% (42 pontos) a 100% (84 pontos) e uma média de 95,04 ($\pm 9,11$).

A relação entre adesão ao tratamento antirretroviral e expectativa de autoeficácia está apresentada nas figuras 1 e 2.

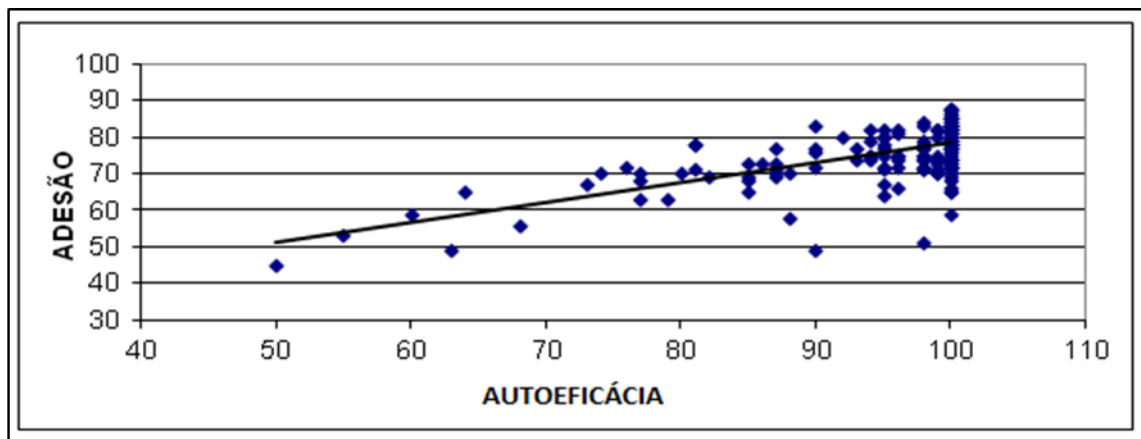


Figura 3 – Regressão Linear Simples entre adesão e Expectativa de Autoeficácia de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho - 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013

Evidenciou-se correlação positiva alta ($r=0,637$; $p<0,001$) entre adesão e expectativa. Assim, quanto maior for a Expectativa de Autoeficácia, maior será a adesão ao tratamento.

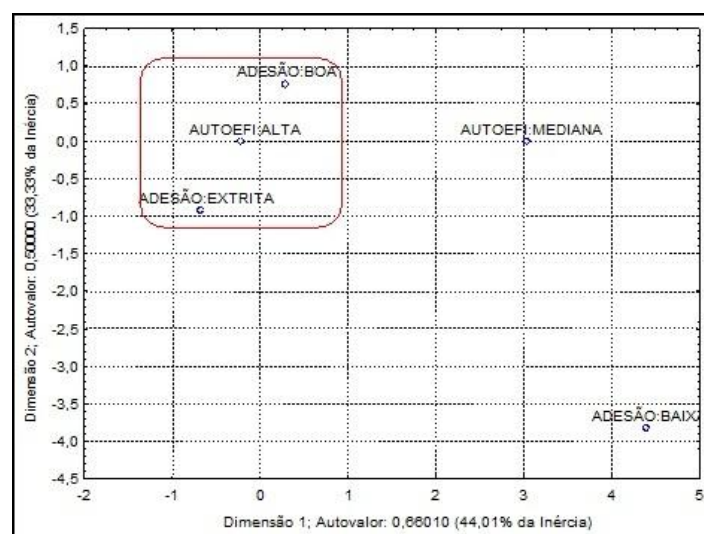


Figura 4 – Associação entre Adesão e Expectativa de Autoeficácia de adultos em TARV para o HIV, Janeiro a Julho - 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013

A Figura 2 reforça a evidência da relação entre a alta Expectativa de Autoeficácia e adesão estrita e boa. Assim, quem apresenta uma alta Expectativa de Autoeficácia tende a ser mais aderente ao tratamento antirretroviral.

Tabela 6 – Comparação de médias entre Adesão, Expectativa de Autoeficácia e demais variáveis do estudo de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	N	%	Adesão		Autoeficácia	
			Média	p	Média	P
Sexo						
Masculino	91	50,8	95,4	0,714*	88,7	0,158*
Feminino	88	49,2	84,4		91,3	
Raça						
Branca	131	73,2	95,8	0,182**	92,5	0,552**
Preta	24	13,4	75,1		86,3	
Amarelo	1	0,6	76,0		132,5	
Parda	20	11,2	72,8		79,5	
Indígena	3	1,7	74,0		65,3	
Escolaridade						
Não estudou ou estudou até ensino fundamental	101	56,4	82,3	0,008**	84,1	0,173**
Até o ensino médio	45	25,1	89,2		98,1	
Até o ensino superior	33	18,4	114,5		96,9	
Situação Conjugal						
Convive: esposo(a)/companheiro(a)	87	48,6	91,4	0,714*	92,3	0,535*
Vive sozinho(a)	92	51,4	88,6		87,8	
Você esta empregado no momento						
Sim	62	34,6	97,9	0,375*	97,9	0,137*
Não	117	65,4	85,8		85,8	
Manter o acompanhamento da sua saúde no serviço é:						
Difícil	14	7,8	64,9	0,000**	93,2	0,391**
Mais ou menos	61	34,1	73,8		83,2	
Fácil	104	58,1	102,9		93,6	
Participa de algum tipo de grupo no serviço onde realiza o tratamento						
Sim	13	7,3	88,9	0,938**	90,5	0,966**
Não	166	92,7	90,1		89,9	

Variáveis	N	%	Adesão		Autoeficácia	
			Média	p	Média	P
Recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento						
Sim	109	60,9	87,1	0,360*	88,2	0,529*
Não	70	39,1	94,4		92,8	
Como adquiriu o HIV						
Transmissão Materna	1	0,6	8,5	0,535**	132,5	0,616**
Transmissão Sanguínea	4	2,2	100,7		100,5	
Drogas Injetáveis	6	3,4	79,2		65,8	
Transmissão Sexual	122	68,2	89,5		89,5	
Desconhece	46	25,7	93,5		92,6	
Mudança no estilo de vida						
Sim	78	43,6	74,8	0,001*	82,3	0,059*
Não	101	56,4	101,7		95,9	

* Teste de Mann-Whitney

** Teste de Kruskal-Walis

De acordo com a Tabela 1 evidenciou-se relação estatística significativa entre adesão e escolaridade, manter o acompanhamento de saúde no serviço e mudança no estilo de vida. Com relação à Expectativa de Autoeficácia evidenciou-se uma tendência de relação com mudança no estilo de vida.

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre Adesão, Expectativa de Autoeficácia e demais variáveis do estudo de adultos em TARV para o HIV/AIDS, Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria, RS, Brasil, 2013.

	AEM	AD	NF	RD	TD	NC	TT	CD4	CV
AEM	1,000								
AD	0,637*	1,000							
NF	-0,417	-0,092	1,000						
RD	0,163**	0,128	-0,203*	1,000					
TD	-0,030	-0,175**	0,062	-0,032	1,000				
NC	-0,382*	-0,301*	-0,042	-0,015	0,134	1,000			
TT	-0,147**	-0,165**	0,052	-0,098	0,424	0,339*	1,000		
CD4	0,060	0,052	0,055	0,546*	0,095	-0,035	-0,056	1,000	
CV	0,288*	0,344*	-0,156**	0,153**	0,089	-0,021	-0,108	0,068	1,000

* Correlação significativa em $p \leq 0,01$.

** Correlação significativa em $p \leq 0,05$.

AEM= Expectativa de Autoeficácia; AD= Adesão; NF= Número de Filhos; RD= Renda; TD= Tempo de diagnóstico; NC= Número de comprimidos; TT= Tempo de tratamento; CD4= Linfócito TCD4; CV= Carga viral.

A expectativa de Autoeficácia apresentou correlação significativa alta e direta com a Adesão ($r= 0,637$, $p<0,01$), muito baixa e direta com renda ($r=0,163$, $p<0,05$), baixa e inversa com número de comprimidos ($r= -0,382$, $p<0,01$), muito baixa e inversa com tempo de tratamento ($r= -0,147$, $p= 0,052$), baixa e direta com carga viral ($r= 0,288$, $p<0,01$).

A adesão apresentou correlação significativa alta e direta com expectativa de autoeficácia ($r= 0,637$, $p<0,01$), tempo de diagnóstico ($r= -0,175$, $p<0,05$), baixa e inversa com número de comprimidos ($r= -0,301$, $p<0,01$), muito baixa entre e tempo de tratamento ($r= -0,165$, $p<0,05$), baixa e direta com a carga viral ($r= 0,344$, $p<0,01$).

O número de filhos apresentou correlação significativa baixa e inversa com renda ($r= -0,203$, $p<0,01$), muito baixa e inversa com carga viral ($r= -0,156$, $p<0,05$). Ainda, renda apresentou correlação significativa moderada e direta com Linfócitos TCD4 ($r=0,546$, $p<0,01$), muito baixa e direta com carga viral ($r= 0,153$, $p<0,05$). O número de comprimidos apresentou uma correlação significativa baixa e direta com o tempo de tratamento ($r= 0,339$, $p<0,01$).

Discussão

No Brasil, a adesão ao tratamento antirretroviral ganha destaque apartir da política pública de acesso universal e gratuita aos medicamentos antirretrovirais.⁽⁶⁾ Entretanto, apesar de existir inúmeros estudos que buscam avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral, e apresentar o problema semelhante da baixa adesão, poucos buscam relacionar a fatores que demonstram prever a falha consistente no tratamento, entre esses fatores destaca-se a autoeficácia, podendo ser definida como a própria capacidade em aderir o tratamento.^(14,15) Destaca-se que existem ainda na literatura poucos estudos que analisam como estes dois fatores se relacionam.⁽¹⁵⁾

Crenças sobre a terapia antirretroviral e as características psicossociais dos indivíduos com HIV/AIDS, as quais estão ligadas a autoeficácia, são fatores condicionantes da adesão ao tratamento antirretroviral, portanto, são importantes características a serem avaliadas,⁽¹⁶⁾ o qual permitirá que os programas de assistência aos pacientes em tratamento para o HIV/AIDS, viabilizem estratégias a fim de melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral.

Neste estudo, evidenciou-se a relação com adesão e expectativa de autoeficácia, uma vez os indivíduos em terapia antirretroviral que apresentavam maior confiança e expectativa de autoeficácia, por sua vez, tinham uma maior probabilidade de aderir ao tratamento e alcançar a condição virológica favorável para a sua saúde.^(9,10,17) Assim como, a relação entre adesão com escolaridade, manter o acompanhamento de saúde no serviço e mudança no estilo de vida.

Estudo identificou que quanto menor o nível de escolaridade, menor é o entendimento sobre o tratamento medicamentoso, deixando assim, em alguns momentos de seguir a prescrição médica.⁽¹⁷⁾ Manter o acompanhamento de sua saúde no serviço é considerado um fator que pode influenciar na adesão ao tratamento, e torna-se importante e necessário este acompanhamento, pois permite evidenciar a satisfação e dificuldades relacionadas ao serviço de saúde, na realização do tratamento antirretroviral.⁽¹⁸⁾

A necessidade de mudar o estilo de vida dos indivíduos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS impõe um período de adaptação e ou adequar as necessidades impostas pelo tratamento antirretroviral e a doença, podendo ser um fator que venha interferir tanto na adesão ao tratamento, quanto na expectativa de autoeficácia.⁽¹⁹⁾

Assim, quanto melhor for à expectativa de autoeficácia, maior será a possibilidade de rejeitar hábitos que prejudicam a saúde, possibilitando adotar e integrar comportamentos que promovam saúde,⁽²⁰⁾ por exemplo, aderir ao tratamento antirretroviral.

Para possibilitar uma melhora da adesão ao tratamento antirretroviral os indivíduos

devem ser avaliados quanto a sua motivação em obedecer ao tratamento e a sua confiança em segui-lo. Assim, pacientes motivados levam a um crescimento da percepção da importância em realizar o tratamento, fortalecendo habilidades que permitam melhorar a confiança no tratamento e, conseqüentemente, a adesão.

Entretanto, destaca-se que para a aplicação da escala de expectativa de autoeficácia, é necessário que participantes da pesquisa tenham a compreensão da leitura e a capacidade de entendimento do que a escala propõem avaliar.⁽²¹⁾ Caso o contrário, a escala poderá apresentar divergências de resultados entre a expectativa de autoeficácia e a adesão.

O que pode ser entendido de duas maneiras, uma que a pessoa não atingiu o entendimento necessário para responder a escala, ou que mesmo ela apresentando uma alta expectativa de autoeficácia ao tratamento, na hora de realizar o tratamento, ele não consegue manter uma boa adesão.

Dessa forma, pode-se dizer que a autoeficácia é um fator que pode influenciar na melhora da adesão ao tratamento, permitindo promover uma melhor expectativa e qualidade de vida dos indivíduos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS. Porém, destaca-se que mesmo apresentando níveis elevados de autoeficácia, ainda existem situações específicas que devem ser avaliadas, os quais deixam os indivíduos mais suscetíveis a não cumprir a prescrição medicamentosa, fragilizando a adesão ao tratamento.

Considerações Finais

Este estudo possibilitou identificar a relação estatística entre adesão e expectativa de autoeficácia, agregando informações relevantes, que possam fortalecer as ações de saúde pautadas na atenção a saúde dos adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS.

Índices elevados de expectativa de autoeficácia ao tratamento antirretroviral permitirão a adoção de comportamentos de saúde que reforçam o seu nível de aderência ao tratamento. Entretanto, altos índices de autoeficácia não indicam a ausência de dificuldades

no tratamento antirretroviral, assim, destaca-se a importância de avaliar a expectativa de autoeficácia com a adesão, o qual permitirá definir a convergência no tratamento.

Sugere-se que este tipo de avaliação deve ser introduzido no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que a relação entre adesão e expectativa de autoeficácia permite a identificação de aspectos e/ou fatores que possibilitem propor estratégias individualizadas, o qual possibilite melhorar a qualidade da assistência e do cuidado a esta população.

Novos estudos que avaliem a autoeficácia em diferentes momentos do tratamento, por meio de estudos que possam ter caráter longitudinal e permitam a relação com a adesão e possibilidade de intervenção.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que, por se tratar de estudo transversal, não é possível concluir, com segurança, a respeito de relações causais, tendo em vista que esses estudos exploram, simultaneamente, a exposição e a condição de saúde do sujeito.

Referência

1. Rossi SMG, Maluf ECP, Carvalho DS, Ribeiro CEL, Battaglin CRP. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(2):117–23.
2. Caraciolo JMM, Silva MH, Waghbum GR, Abrão VM. Manual de boas práticas de adesão HIV/Aids. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008.
3. Zuge SS, Padoin SMM, Magnago TSBS. Associated Facts to antiretroviral therapy adherence of adults who have HIV/AIDS. *J Nurs UFPE on line*. 2012; 6(7):1737-9.
4. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 1):1201-1208.
5. Fonseca LC, Martins FJ, Vieira RCPA, Pereira RMC, Ferreira AS, Raposo NB. Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2012; 45(2):151-155.
6. Faustino QM, Seidl EMF. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento de pessoas com HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e pesquisa*. 2010; 26(1):121-130.

7. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002;14(2): 262-267.
8. Leite JCC, Drachler ML, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VL. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002; 15(1): 121-33.
9. Bisqueira R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informativo com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.
10. Barclay TR, Hinkin CH, Castellon AS, Mason KI, Reinhard MJ, Marion SD, et al. Age-Associated predictors of medication adherence in HIV-positive Adults: health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *Health Psychol*, 2007; 26(2):40-49.
11. Margalho R, Paixão R, Pereira M. Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. *Psicologia, Saúde e Doença*. 2010; 11(1):71-81.
12. Bandura A. Social cognitive theory: na agentic perspective. *Annual Review Psychology*, 2001; 52:1-26.
13. Castro EK, Ponciano CF, Pinto DW. Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. *Aletheia*. 2010; 31:137-48.
14. Li X, Huang L, Wang H, Fennie KP, He G, Williams AB. Stigma mediates the relationship between self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Patient Care and STDs*. 2011; 25(11):665-671.
15. Saha S, Korthuis PT, Cohn JA, Sharp VL, Moore RD, Beach MC. Primary care provider cultural competence and racial disparities in HIV care and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2013; 10:1-8.
16. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:661-665.
17. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(Supl. 2):87-93.
18. Schilkowsky LB, Portela MC, Castilho M. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):187-97.

19. Santos CNR, Silva LR, Soares AQ. Perfil Epidemiológico dos pacientes em terapia antirretroviral em seguimento na Universidade Federal de Goiás. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2010; 7(3):53-61.
20. Godin G, Cöte J, Naccache H, Lambert LD, Trottier S. Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *Aids Care*. 2005; 17(4):493-504.
21. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*. 1998; 13:623-649.

2 DISCUSSÃO

A adesão é considerada o maior determinante da resposta terapêutica (POLEJACK, SEIDL, 2010). Entretanto, deve ser considerado como um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano dos indivíduos com o HIV/AIDS (PADOIN *et al.*, 2010).

Essa temática, nos últimos anos ganha destaque, uma vez que a adesão deve ser considerada prioridade nas atividades assistenciais aos indivíduos com HIV/AIDS e segundo o Ministério da Saúde do Brasil, atualmente existe aproximadamente 200.000 indivíduos em TARV para o HIV/AIDS (NEMES, *et al.*, 2009). Também, deve-se considerar que a adesão possibilita à eficácia do tratamento antirretroviral, minimizando o desenvolvimento de resistência do vírus a medicação, mas para que isso ocorra é essencial que os pacientes sigam um regime medicamentoso complexo e rigoroso (SANCHEZ, 2006).

No contexto do HIV/AIDS no Brasil, o perfil epidemiológico desta população vem passando por profundas transformações, no início da epidemia atingia principalmente os homossexuais e usuários de drogas, a partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Atualmente, a AIDS já atinge a todos os grupos sociais e a todas as faixas etárias.

Estas características se tornam evidentes ao avaliar as características da população deste estudo, uma vez que dos 179 adultos em TARV para o HIV/AIDS, 50,8% eram do sexo masculino, 36,3% encontravam-se na faixa etária de 40 a 49 anos, 56,4% apresentavam baixo nível de conhecimento, 65,4% dos adultos não apresentavam emprego e 73,0% apresentavam renda per capita de até dois salários mínimos.

Segundo a avaliação do CEAT-VIH, 83,2% foram definidos como não aderentes. Entretanto, a adesão possibilita aos indivíduos em tratamento inúmeros benefícios, os quais se destacam: a redução do risco de falha virológica, o aumento da sobrevida, a redução do risco de progressão para AIDS e o desenvolvimento de cepas virais resistentes (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007).

Vários fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral são descritos pela literatura, nos últimos anos. Neste estudo, priorizou-se avaliar fatores relacionados entre adesão ao tratamento antirretroviral e características sociodemográficas, econômicas, clínicas, comportamentais e de expectativa de autoeficácia.

Os fatores ligados aos dados sociodemográficos e econômicos de adultos em TARV para o HIV/AIDS quando avaliados pela adesão, apresentaram relação com a raça e o nível de escolaridade. Entretanto, a raça vem sendo considerada fator que apresenta baixa relação entre a adesão ao tratamento, sendo assim, pouco encontrada nos estudos sobre adesão (COLOMBRINI, 2006).

Já o nível de escolaridade vem sendo analisado com maior frequência entre os estudos e pode estar relacionada à dificuldade de entendimento das pessoas com HIV/AIDS, uma vez que pessoas com menor nível de escolaridade conseqüentemente, tem maiores dificuldades de acessar informações sobre sua doença e sobre a complexidade de seu tratamento (BLATT, et al, 2009).

Assim, o baixo nível de escolaridade afeta negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde e o entendimento das orientações recebidas sobre a doença e o tratamento (BRASIL, 2004).

Os fatores ligados às características clínicas dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão, apontaram relação entre os valores de carga viral. Sendo esta um fator importante a ser avaliado, uma vez que o seu objetivo é interromper o aumento de carga viral no organismo, procurando preservar a função imunológica de cada indivíduo (SOUSA, et al, 2010).

Os fatores comportamentais dos adultos em TARV para o HIV/AIDS com a adesão ao tratamento antirretroviral apresentou significância estatística quando relacionados ao “como é manter o acompanhamento de sua saúde no serviço”, a “propensão para alcoolismo”, se houve “mudança no estilo de vida” e se necessitou “utilizar medicações psiquiátricas”.

A adesão ao ser compreendida como um processo dinâmico e multifatorial, e necessita abranger aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e em destaque os comportamentais. Estes conjuntos de aspectos necessitam para a sua funcionalidade desenvolver ações que busquem decisões compartilhadas e de corresponsabilização entre os indivíduos com o HIV, a equipe de saúde e a rede social (ILIAS, et al, 2011).

Assim, ainda que muitos desses fatores encontrem-se distribuídos de forma distinta na literatura, muitos deles se interpõem e são multidimensionais, necessitando avaliar as necessidades de cada indivíduo, por meio de uma equipe que busque desenvolver estratégias a fim de melhorar a adesão ao tratamento, e pelo investimento das políticas públicas na assistência aos em tratamento antirretroviral para o HIV.

3 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou evidenciar que os adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS no HUSM apresentam uma baixa adesão ao tratamento. Essas características relacionadas à adesão ao tratamento antirretroviral, torna essa uma ação importante, primeiramente, por que a adesão deveria ser prioridade na assistência aos indivíduos com HIV/AIDS. Segundo, que a adesão é considerada o maior determinante do tratamento, sendo que uma baixa adesão tende a aumentar a multiplicação do vírus circulante na corrente sanguínea, podendo desenvolver resistência aos medicamentos antirretrovirais e os aparecimentos de infecções oportunistas.

O CEAT-VIH é utilizado para avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral, sendo considerado um instrumento que abrange inúmeros moduladores do tratamento, e não unicamente a ingestão dos medicamentos, o que permite identificar a adesão em um contexto amplo nos serviços de saúde. A sua utilização se torna essencial na assistência aos indivíduos em tratamento para o HIV/AIDS, permitindo identificar individualmente diversos fatores que venham a levar a falha no tratamento antirretroviral.

Além disso, adesão ao tratamento antirretroviral está relacionada a inúmeros fatores que podem interferir na eficácia do tratamento. Neste estudo, foi possível identificar fatores ligados ao perfil sociodemográfico, econômico, clínico, comportamental e de expectativa de autoeficácia para seguir o tratamento.

Analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral é fundamental para se estabelecer melhorias das políticas e das práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade do tratamento. Em relação ao perfil sociodemográfico, econômico e clínico evidenciou-se relação com adesão e raça, escolaridade e carga viral, e uma tendência com a renda percapita da família. Assim, torna-se necessário avaliar o perfil sociodemográfico dos adultos em TARV para o HIV/AIDS, uma vez que a AIDS, emerge como uma problemática social, sendo necessária, a elaboração estratégias que possibilitem atender a todos os níveis socioeconômicos e a todas as faixas etárias.

O perfil comportamental dos adultos em TARV evidenciou relação entre adesão com manter o acompanhamento de sua saúde no serviço, a propensão para alcoolismo, mudança no estilo de vida, necessidade de utilizar medicações psiquiátricas. Esses fatores vêm representando um desafio no tratamento antirretroviral, e cabe ao profissional da saúde auxiliar e ajudar os pacientes a lidar com estes fatores.

O perfil clínico apresenta relação com adesão e carga viral, o qual converge com o grau de adesão encontrado, prevalecendo à baixa adesão ao tratamento antirretroviral. Demonstrando que adultos com baixa adesão, tendem a apresentar carga viral elevada, aumentando a possibilidade de adoecimento e resistência aos medicamentos antirretrovirais.

A adesão apresentou correlação significativa alta e direta tempo de diagnóstico, baixa e inversa com número de comprimidos, muito baixa entre e tempo de tratamento, e baixa e direta com a carga viral, evidenciando a necessidade de avaliação contínua das condições clínicas e de marcadores biológicos.

A partir da relação entre adesão com expectativa de autoeficácia foi possível evidenciar uma correlação alta e positiva. Assim, torna-se necessário desenvolver ações em saúde, com o intuito de promover o desenvolvimento de habilidades que possibilitem uma melhor expectativa em relação ao tratamento.

No ensino, propõem-se o desenvolvimento de estratégias que permitirão elaborar um cuidado integral aos adultos em TARV para o HIV/AIDS, a partir de reflexões e discussões acerca da importância em realizar o tratamento de forma adequada, principalmente ao identificar uma baixa adesão ao tratamento. Além do desenvolvimento de atividades de educação permanente nos serviços de saúde e discussões no contexto multiprofissional, a fim de elaborar um plano de cuidado que atenda todas as necessidades do paciente, possibilitando a melhora da adesão ao tratamento.

Na pesquisa, para a construção de novos conhecimentos sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral. Dentre os quais se destaca a realização de estudos longitudinais, e ainda a realização de estudos que permitam a construção de uma proposta de intervenção, focada na teoria cognitivo-comportamental, possibilitando assim, a construção de ações voltadas para o comportamento do indivíduo e o seu autocuidado.

Na extensão, para desenvolvimento de grupos de adesão nos serviços de saúde, permitindo a identificação e compreensão do processo-saúde e seus determinantes, possibilitando a criação de espaços de integração entre pacientes e profissionais.

Assim, conhecer os fatores que envolvem a adesão dos pacientes atendidos no HUSM permitirá estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo. E torna-se fundamental que enfermeiros, juntamente com os demais profissionais da saúde, estejam preparados para identificar as fragilidades, as barreiras e os enfrentamentos sociais relacionados à problemática da adesão. Esses, permitidos pela escuta ativa e pelos vínculos estabelecidos com pacientes, com vistas a avaliar e propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão ao TARV.

Dentre as limitações do estudo, evidencia-se que a adesão ao tratamento antirretroviral tem sido calculada de várias formas, e essa variedade tem dificultado a comparação entre os resultados de diferentes estudos. E por se tratar de estudo transversal, não é possível concluir, com segurança, a respeito de relações causais, tendo em vista que esses estudos exploram, simultaneamente, a exposição e a condição de saúde do sujeito.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Ed Artmed, Porto Alegre, 2004.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G.; MELLO, R. S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no sul do Brasil. **Rev da Sociedade de Medicina Tropical**, v. 42, n. 3, p. 131 - 36, 2009.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261 -278, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23/12/96, Seção I, p. 27, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST – Versão Preliminar**. Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Quais são os antirretrovirais**. 2012b.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 34, n. 2, p. 207–17, 2001.

CARACIOLO, J. M. M.; et al. **Manual de boas práticas de adesão HIV/Aids**. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008.

CECCATO, M. G. B.; et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, 2004.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão aos tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 42, n. 3, p. 490 – 495, 2008.

COSTA, J. M. Atendimento a adolescentes e adultos vivendo com HIV/AIDS. In: PADOIN, S. M. M.; et al. (org.) **Experiências Interdisciplinares em aids**: interfaces de uma epidemia. Santa Maria. Editora UFSM, p. 43–62, 2006.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HALAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D.; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Rev. Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 53-65, 2010.

ILIAS, M.; CARANDINA, L.; MARIN, M. J. S.; Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. **Rev. Baiana Saúde Pública**. v. 35, n. 2, p. 471-84, 2011.

LEITE, J. C. C.; et al. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 15, n. 1, p. 121–133, 2002.

LOPES, L. F. D.; et al. **Estatística Geral**. Santa Maria: UFSM, 2008.

NEMES, M. I. B.; et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 55, n. 2, 2009.

PADOIN, S. M. M.; et al. O cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 3, p. 389-93, 2010.

_____, S. M. M.; PAULA, C. C.; ZUGE, S. S.; PRIMEIRA, M. R.; SANTOS, E. E. P.; TOLENTINO, L. C. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** v. 23, n. 4, p. 194-197, 2011.

_____, S. M. M.; PAULA, C. C. Programa AIDS, Educação e Cidadania: perspectivas para a segunda década de extensão. **Rev. Saúde (Santa Maria)**. v. 38, n. 1, p. 83-92, 2012.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. supl. 10, p. 1201 – 1208, 2010.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. **Psicothema**. v. 14, n. 2, p. 262 – 267, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “questionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 685–694, 2007.

RODRIGUES, L. R.; et al. Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 7, p. 153-160, 2009.

SANCHEZ, M. Adesão ao tratamento anti-retroviral. In: PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SAURICH, D.; FONTOURA, V. A. **Experiências Interdisciplinares em AIDS: interfaces de um epidemia**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006.

ANEXOS

Anexo A – Manual de Capacitação das coletas de dados

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

**MANUAL DE CAPACITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA
FATORES RELACIONADOS À ADESÃO TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE
ADULTOS COM HIV/AIDS**

Mestrando: Samuel Spiegelberg Zuge

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil

2012

CARO COLETADOR,

este manual foi elaborado com o intuito de ajudá-lo a realizar a coleta de dados da pesquisa **“FATORES RELACIONADOS À ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM HIV/AIDS”**, tendo como objetivo a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Primeiramente é importante que você conheça o objetivo e as questões que envolvem esta pesquisa:

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.

QUESTIONAMENTO QUE NORTEARÁ A PESQUISA

- quais são os fatores relacionados à adesão a TARV de adultos com HIV/AIDS?

A partir do objetivo proposto e das questões que envolvem esta pesquisa foi elaborado um instrumento de coleta de dados. Para tanto, é necessário que você conheça onde é o campo de coleta de dados e quais sujeitos poderão participar desta pesquisa:

- **Campo de coleta de dados:** será o HUSM, no ambulatório de adultos - ADI. Localiza-se no térreo desse hospital.

- **Sujeitos:** para ter acesso aos sujeitos, ou seja, os pacientes que responderão a essa pesquisa, será elaborada mensalmente uma agenda de coleta de dados, a partir dos atendimentos no ADI adulto, buscando identificar os potenciais participantes da pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.

Porém, você ainda poderá utilizar algumas estratégias que permitirão esta identificação:

- buscar informação junto aos profissionais do serviço de saúde;

- contatar o mestrando Samuel Spiegelberg Zuge pelo telefone (055) 9949 - 6154 ou pelo e-mail: samuelzuga@gmail.com, a fim de retirar qualquer dúvida em relação a agenda;

- Os critérios de inclusão e exclusão são:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com HIV/AIDS e que estiverem em TARV; - Adultos \geq a 20 anos, de ambos os sexos; - Cadastrados para o TARV há pelo menos três meses na UDM do HUSM e que realizam o acompanhamento no Ambulatório de Doenças Infecciosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os adultos com alguma limitação cognitiva e mental (que dificulte a compreensão e/ou expressão verbal); - Aqueles que estiverem em regime penitenciário; - Mulheres em período gravídico-puerperal;

CONHECENDO O INSTRUMENTO

O instrumento na sua forma impressa divide-se em cinco partes: situação demográfica, econômica e social, o perfil clínico do tratamento, expectativa do paciente em relação ao tratamento.

DINÂMICA DA COLETA DE DADOS

- AGENDA

Primeiramente será realizada a agenda dos pacientes a serem coletados, após será repassado a todos os coletadores, a fim de identificar os dias disponíveis para cada coletador.

- COLETA DE DADOS

No dia da coleta de dados, o coletador deverá deslocar-se até a sala 1336, do Departamento de Enfermagem da UFSM, no CCS (prédio 26) no campus da UFSM, nessa sala está lotado o laboratório do Grupo de Pesquisa: “Cuidado à saúde das

Pessoas, Família e Sociedade”, cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Cada coletador receberá uma pasta contendo:

- instrumentos de pesquisa (contendo 10 páginas (revisar));
- o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- e uma caneta;
- a cópia da carta de aprovação do CEP e o termo de confidencialidade;
- caso seja necessário podemos fornecer uma carta de apresentação sua

para acesso ao HUSM.

- (**observação importante**) - a pessoa que vai fazer a coleta de dados deverá portar crachá de identificação fornecido pela Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM e Jaleco.

- AO CHEGAR AO LOCAL DE COLETA DE DADOS

- Apresentar-se para o enfermeiro chefe do ambulatório, dizendo o seu nome, e a pesquisa que irá realizar a coleta de dados, pedindo assim a sua autorização para proceder a coleta de dados naquele turno.

- Realizar a conferência da agenda dos pacientes a serem coletados no dia, identificando-o. Deverá providenciar uma sala, ou local privativo para a coleta de dados.

- Após identificar o sujeito, e ter disponível um local adequado para realizar a pesquisa, deverá inicialmente, repassar o TCLE, e caso ele concorde em participar da pesquisa o sujeito da pesquisa deverá assiná-lo ficando com uma via para si e outra com o coletador.

- O coletador deverá preencher no cabeçalho inicial, deixando apenas em branco o espaço que denota “N. da Entrevista”. Após passará o instrumento para o sujeito, e passará para ele quais os objetivos da pesquisa e demais orientações decorrentes do instrumento, então é importante que você coletador conheça o instrumento.

- ENTREGAR O INSTRUMENTO DA PESQUISA AO PACIENTE.

- Para o preenchimento do instrumento você coletador deverá orientar, que o sujeito coletado, não se esqueça de preencher nenhuma questão; disponibilizar caneta esferográfica (jamais lápis); orientar que as questões que apresentam deveram ser preenchidas com um X, e que para cada questão assinalar apenas um

quadrado. Em caso de erro apenas sublinhar a questão e o coletador deverá rubricar.

- Em caso de o paciente não saber ler, realizar a leitura das questões e marcar a questão correspondente;

- Durante a coleta de dados o coletador não deve perder o foco e objetivo da pesquisa. Deverá esclarecer qualquer tipo de dúvida durante a coleta, porém jamais deverá induzi-lo a uma resposta ou dar opiniões acerca do comportamento, condições de saúde, percepções do sujeito da pesquisa.

- Ao recolher o questionário, o coletador deverá observar se há alguma questão deixada em branca. Caso isso ocorra, o coletador deverá indagar o paciente se a mesma foi por esquecimento. Nesse caso, a questão poderá ser retomada para evitar sua perda;

- Após o término da coleta com o paciente, o coletador deverá responder por meio do prontuário as questões (C6, C12, C13, C14), no qual o paciente não responderá, pois somente será encontrada no prontuário.

- Após o término da coleta no dia, o coletador deverá novamente retornar a sala 1336, e deixar os instrumentos coletados em local destinado para este fim, não podendo levá-lo para casa, uma vez que os dados e o participante têm o direito ao sigilo de seu nome e das informações prestadas. Assim, todos os cuidados necessários para manter o sigilo e o anonimato devem ser tomados.

Por fim, agradecemos a sua disponibilidade em coletar dados dessa pesquisa e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Stela Maris de Mello Padoin

Telefone: (055) 9971-3143;

E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

Samuel Spiegelberg Zuge

Telefone: (055) 9949 - 6154;

E-mail: samuelzuga@gmail.com

Anexo B – Instrumento de coleta de dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE**

Nº da Entrevista: _____	Data da Entrevista: ____/____/____	NE: _ _ _ _ DE: _ _ _ _ _ _ _ _ _
Entrevistador: _____	Nº do Prontuário: _____	E: _ _ _ _ NP: _ _ _ _ _ _ _ _ _

Você responderá um questionário dividido em cinco partes. As informações que você proporcionar neste instrumento será estritamente confidencial. Destacamos a importância de responder todas as questões. **MARQUE a opção que melhor se encaixe** ao seu caso e lembre-se que não há resposta “certas” ou “erradas”. O instrumento é auto explicável, e em alguns momentos ele informará que não precisa responder, assim você simplesmente pode pular para a próxima questão.

Essa é a primeira parte do questionário, se propõe a conhecer a sua situação demográfica, econômica e social.

Parte 1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E SOCIAL

Pergunta	Resposta	BANCO DE DADOS
A1 - Qual a sua data de nascimento?	Data de nascimento: ____/____/____ (dia) (mês) (ano)	A1: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
A2 - Qual o seu sexo?	1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	A2: _ _
A3 - Qual a sua raça?	1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Amarelo 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena	A3: _ _

Pergunta	Resposta	BANCO DE DADOS
A4 - Qual a sua escolaridade?	1. <input type="checkbox"/> Não estudou 2. <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto 3. <input type="checkbox"/> 1º grau completo 4. <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto 5. <input type="checkbox"/> 2º grau completo 6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior completo 8. <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto 9. <input type="checkbox"/> Pós-graduação completo	A4ESCOL: __
A5 - Em que cidade você mora?	Cidade: _____	A5: __ _ _ _
A6 - Qual a sua situação conjugal?	1. <input type="checkbox"/> Convive com esposo(a) ou companheiro(a) 2. <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	A6: __
A7 - Quantos filhos(as) você tem?	Número de filhos(as): _____	A7: __ _ _
A8 - Qual a renda mensal da família?	_____	A8: __ _ _ _ _
A9 - E quantas pessoas, incluindo você dependem desta renda?	_____	A9: __ _ _
A10 - Você está empregado no momento? (Se responder não pular para a questão A11)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim, com carteira de trabalho assinada 3. <input type="checkbox"/> Sim, sem carteira de trabalho assinada	A10: __
A10a - Se sim, qual profissão?	_____	A10A: __ _ _
A10b - Se está trabalhando, alguém do seu trabalho sabe sobre a sua doença?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A10B: __
A11 - Você utiliza algum desses tipos de droga: (maconha, cocaína, craque, cola, heroína, outro)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A11: __
A12 - Você ingere bebidas alcoólicas? (Se responder não pular para a questão A13)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A12: __
A12a - Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A12A: __
A12b - As pessoas o (a) aborrecem	1. <input type="checkbox"/> Sim	A12B: __

Pergunta	Resposta	BANCO DE DADOS
porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	2. <input type="checkbox"/> Não	
A12c - Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A12C: _ _
A12d - Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A12D: _ _
A13- Manter o acompanhamento de sua saúde no serviço é	1. <input type="checkbox"/> Difícil 2. <input type="checkbox"/> Mais ou menos 3. <input type="checkbox"/> Fácil	A13: _ _
A14 - Você participa de algum tipo de grupo no serviço onde realiza o tratamento para a Aids? (Se responder não pular para a questão A15)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A14: _ _
A14a – Se sim, qual?	Se sim, que tipo de grupo: _____	A14A: _ _
A15 - Você recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento para a Aids? (Se responder não pular para a questão B1)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	A15: _ _
A15a - Se sim, qual profissional?	_____	A15A: _ _ _

Essa é a segunda parte desse questionário e tem o intuito de conhecer o apoio que você recebe para realizar o tratamento.

PARTE 2. CARACTERÍSTICAS DE APOIO SOCIAL

Marque com X a resposta que melhor se encaixe ao seu caso.

Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
B1 - Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B1: __
B1a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B1A: __
B2 - Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B2: __
B2a - Quão satisfeito (a) você está em relação a este apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B2A: __
B3 - Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B3: __
B3a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B3A: __
B4 - Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Ex: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, uma consulta ou qualquer outra situação?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B4: __

Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
B4a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B4A: __
B5 - Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão as coisas que você precisa em seu dia-a-dia?(Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B5: __
B5a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B5A: __
B6 - Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões B1 a B5a), marque abaixo a (s) pessoa (s) que têm dado esse tipo de apoio a você. 1. <input type="checkbox"/> esposo(a), companheiro(a),ou namorado(a) 2. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que mora(m) comigo.Quem? _____ 3. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que não mora(m) comigo.Quem? _____ 4. <input type="checkbox"/> amigo(s) 5. <input type="checkbox"/> chefe ou colega(s) de trabalho 6. <input type="checkbox"/> vizinho(s) 7. <input type="checkbox"/> profissionais de saúde 8. <input type="checkbox"/> outra pessoa.Quem? _____						B6: __
B7 - Você tem recebido apoio de alguém que o (a) ajuda a enfrentar melhor o seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B7: __
B7a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B7A: __
B8 - Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B8: __
B8a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B8A: __
B9 - Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B9: __

Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
B9a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B9A: __
B10 - Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B10: __
B10a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B10A: __
B11 - Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B11: __
B11a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B11A: __
B12 - Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B12: __
B12a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B12A: __
B13 - Você tem recebido apoio de alguém que o (a) ajuda a melhorar o seu astral?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B13: __
B13a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B13A: __
B14 - Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B14: __
B14a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B14A: __

<p>B 15 - Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões B7a B14a), marque abaixo a (s) pessoa (s) que têm dado esse tipo de apoio a você.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> esposo(a), companheiro(a),ou namorado(a)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que mora(m) comigo.Quem? _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que não mora(m) comigo.Quem? _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> amigo(s)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> chefe ou colega(s) de trabalho</p> <p>6. <input type="checkbox"/> vizinho(s)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> profissionais de saúde</p> <p>8. <input type="checkbox"/> outra pessoa.Quem? _____</p>	B15: __
<p>B 16. Você tem recebido algum outro tipo de apoio de pessoas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	B16: __
<p>B 17. Você gostaria de fazer algum comentário?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Essa é a terceira parte desse questionário e tem o intuito de identificar o perfil clínico do seu tratamento.

PARTE 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Pergunta	Resposta	<u>BANCO DE DADOS</u>
C1 - Quanto tempo você sabe do seu diagnóstico de HIV?	_____ meses ou _____ anos	C1: __ _ _ _
C2 - Como você adquiriu o HIV?	1. <input type="checkbox"/> Transmissão Materna 2. <input type="checkbox"/> Transfusão Sanguínea 3. <input type="checkbox"/> Drogas Injetáveis 4. <input type="checkbox"/> Transmissão Sexual 5. <input type="checkbox"/> Desconhecida	C2: __
C3 - Teve alguma infecção oportunista? (Se responder não pular para a questão C4)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C3: __
C3a - Se sim, qual?	_____ _____ _____	C3a: __ _ _

Pergunta	Resposta	BANCO DE DADOS
C4 - Quantos comprimidos para o tratamento da Aids você toma por dia?	_____	C4: _ _
NÃO RESPONDER C5 - Qual a posologia dos comprimidos?	_____ _____ _____	C5: _ _ _
C6 - Utiliza medicações psiquiátricas? (Se responder não pular para a questão C7)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C6: _
C6a - Se sim, quais?	_____ _____	C6A: _ _
C7 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida em razão do tratamento? (Se responder não pular para a questão C8)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C7: _
C7a - Se sim, qual?	_____ _____	C7A: _ _
C8 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por ter alguma alteração na prescrição médica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C8: _
C9 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por não ter eles com você?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C9: _
C10 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por estar em jejum?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	C10: _
C11 - Há quantos meses já está em tratamento para a Aids?	_____ meses ou _____ anos	C11: _ _ _
NÃO RESPONDER C12 - Valor de T- CD4 – último	Resp.: _____ Data da realização: __/__/__	C12: _ _ _ _
NÃO RESPONDER C13 - Valor da Carga viral – última	Resp.: _____ Data da realização: __/__/__	C13: _ _ _ _
NÃO RESPONDER C14 - Que medicamentos antirretrovirais faz uso segundo o prontuário?	_____ _____ _____	

D10 - Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D10: __
Pergunta	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito	<u>BANCO DE DADOS</u>
D11 - Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D11: __
Pergunta	Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre	<u>BANCO DE DADOS</u>
D12 - Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D12: __
D13 - Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D13: __
Pergunta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	<u>BANCO DE DADOS</u>
D14 - Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D14: __
Pergunta	Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos	<u>BANCO DE DADOS</u>
D15 - Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D15: __
Pergunta	Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo	<u>BANCO DE DADOS</u>
D16 - Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D16: __
Pergunta	Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor	<u>BANCO DE DADOS</u>

D17 - Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D17: _ _
Pergunta	Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	BANCO DE DADOS
D18 - Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D18: _ _
Pergunta	Resposta					BANCO DE DADOS
D19 - Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (Se responder não pular para a questão D20)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não					D19: _ _
D19a - Se sim, quantos dias aproximadamente?	_____					D19a: _ _
D20 - Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? (Se responder não pular para a questão E1)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não					D20: _ _
D20a - Se sim, qual?	_____					D20a: _ _

Essa é a quinta parte desse questionário que busca identificar a sua expectativa em relação ao tratamento.

PARTE 5. TOMAR O MEDICAMENTO

Marque com X a resposta que melhor se encaixe ao seu caso.

Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
E1 - Se eu estiver bem de saúde?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar	E1: _ _
E2 - Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar	E2: _ _

Pergunta	1	2	3	4	5
E3 - Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E4 - Se eu for discriminado ou rejeitado?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E5 - Se eu estiver ocupado ou me divertindo?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E6 - Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E7 - Se eu estiver na rua?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E8 - Se eu estiver me sentindo doente?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E9 - Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da aids?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E10 - Se eu tiver de tomar muitos comprimidos?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E11 - Se eu estiver nervoso ou irritado?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E12 - Se mudar muito o médico que me atende?	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E13 - Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E14 - Se eu estiver com pessoas estranhas.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E15 - Se o remédio for difícil de engolir.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar

BANCO DE DADOS

E3: |__|

E4: |__|

E5: |__|

E6: |__|

E7: |__|

E8: |__|

E9: |__|

E10: |__|

E11: |__|

E12: |__|

E13: |__|

E14: |__|

E15: |__|

Pergunta	1	2	3	4	5
E16 - Se for feriado ou final de semana.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E17 - Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E18 - Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E19 - Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E20 - Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar
E21 - Se os remédios estiverem me causando efeito ruim	<input type="checkbox"/> Não vou tomar mesmo	<input type="checkbox"/> Acho que não vou tomar	<input type="checkbox"/> Não Sei	<input type="checkbox"/> Acho que vou tomar	<input type="checkbox"/> Com certeza vou tomar

BANCO DE DADOS

E16: |__|

E17: |__|

E18: |__|

E19: |__|

E20: |__|

E21: |__|

Anexo C – Carta de apreciação do Cômite de Ética em Pesquisa

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Fatores Associados a Adesão ao Tratamento Antirretroviral de Adultos com HIV/AIDS

Número do processo: 23081.015120/2011-15

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0322.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê.

O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Julho/ 2012- Relatório parcial

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 08/11//2011

Santa Maria, 17 de Novembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares

Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa-UFSM Registro CONEP N. 243.

Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

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

PESQUISADOR: Enfermeiro Samuel Spiegelberg Zuge

ORIENTADORA: Dra Stela Maris de Mello Padoin

**PESQUISA: FATORES RELACIONADO ADEÇÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM HIV/AIDS**

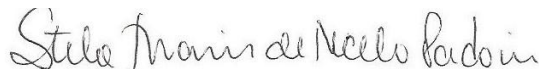
Eu, _____, informo que fui esclarecido de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção sobre o levantamento de dados da pesquisa, a qual tem o objetivo de Avaliar os fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos com HIV/AIDS atendidos no HUSM. Assim, declaro que compreendi que não sou obrigado (a) a participar desta pesquisa; que durante a coleta de dados, posso não querer responder qualquer pergunta e a qualquer momento posso desistir de realizá-la, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento neste hospital. Sobre os benefícios da pesquisa, fui esclarecido que esses não são de ordem direta, mas que os profissionais de saúde ao terem acesso as informações decorrentes desse estudo, poderão compreender como os adultos estão aderindo ao tratamento antirretroviral, o que permitirá um melhor atendimento as minhas necessidades. Quanto aos riscos há a possibilidade da mobilização de sentimentos e lembranças, relacionadas a epidemia, a doença e ao tratamento. Se durante a coleta de dados for necessário algum auxílio decorrente desta conversa, a equipe do hospital será procurada para me ajudar; ao fim desta pesquisa, os resultados deverão ser divulgados e publicados e seu nome será preservado. Ninguém poderá descobrir quem sou, minha identidade ficará protegida e o segredo do meu diagnóstico será mantido; em caso de dúvidas sobre o estudo, estou ciente de que poderei telefonar, a cobrar, para o pesquisador. Assim, declaro que aceito participar deste estudo e autorizo a publicação das informações por mim fornecidas para o pesquisador Samuel Spiegelberg Zuge (055-99496154) ou para a orientadora Stela Maris de Mello Padoin (055-99713143).

Santa Maria, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do sujeito: _____



Samuel Spiegelberg Zuge
Pesquisador mestrando



Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora da pesquisa

Anexo E – Termo de Confidencialidade privacidade e segurança dos dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

PESQUISA: Fatores relacionado à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dra Stela Maris de Mello Padoin

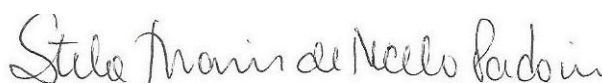
MESTANDO: Enfermeiro Samuel Spiegelberg Zuge

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Ambulatório Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados no Ambulatório Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Concordam igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336 do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, saúde e sociedade, cadastrado no CNPq, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável deste projeto Dra Stela Maris de Mello Padoin. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 08/11/2011, com o número do CAEE: 0322.0.243.000-11.

Data: 14 de outubro de 2011.



Dra Stela Maris de Mello Padoin

Coordenadora do projeto