

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

Marcelo Ribeiro Primeira

**QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO NA ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM  
HIV**

Santa Maria, RS  
2018

**Marcelo Ribeiro Primeira**

**QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria, RS, Brasil  
2018

Primeira, Marcelo Ribeiro

QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV / Marcelo  
Ribeiro Primeira. - 2018.

75 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. HIV 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 3.  
Adulto 4. Qualidade de Vida 5. Terapia Antirretroviral  
I. Padoin, Stela Maris de Mello. II. Título.

**Marcelo Ribeiro Primeira**

**QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 22 de fevereiro de 2018:**

---

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

---

**Patrícia Coelho de Soárez, Dra. (FMUSP)**

---

**Alexandre Vargas Schwarzbald, Dr. (UFSM)**

---

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

Santa Maria, RS  
2018

## DEDICATÓRIA

*À pessoa que mais acreditou no meu potencial. É a você, **pai** (in memoriam) que dedico a conclusão de mais esta etapa de construção acadêmica e pessoal. Aonde estiver, espero que esteja orgulhoso. Obrigado pelo incentivo e amor incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado por este caminho, onde trilhei minha caminhada e que ainda, graças a Ele, continuarei dando muitos passos.*

*Agradeço aos meus pais, Valquiria e Jorge (in memoriam), que me proporcionaram, além de amor incondicional, condições em todas as instâncias para que eu pudesse chegar até aqui. Amo vocês!*

*A minha orientadora, Stela Maris de Mello Padoin, por toda paciência, ensinamento, oportunidades, e possibilidades desde a graduação. És um exemplo para mim, tens toda a minha admiração.*

*Aos demais membros da banca examinadora, Patrícia Coelho de Soárez, Alexandre Vargas Schwarzbald e Cristiane Cardoso de Paula, pela disponibilidade e por todas as contribuições com esta dissertação.*

*Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) pelo aprendizado compartilhado, parceria e convivência diária. Em especial aos colegas "themonios" Iris, Daiani, Tamiris e Rafael, que além de colegas são amigos que levarei para além desta caminhada. Não menos importante, o presente que o PEFAS me deu, BFF Renata. Agradeço pelo convívio, conversas, risadas e, principalmente, ou seja, a amizade.*

*Aos amigos do "Rocka" pela válvula de escape do meio acadêmico.*

*Ao meu coorientador não oficial, Wendel, pelo auxílio, gerência e cooperação no TARV V, pois ao incorporar meu objetivo de pesquisa ao seu projeto de tese permitiu a execução desta dissertação.*

*Aos acadêmicos bolsistas de iniciação científica, Camila, Marília, Cibele, Nathália, Aiodellê, Priscilla e Joseph pela disponibilidade na colaboração da realização da etapa de campo deste estudo.*

*Aos participantes deste estudo, pela atenção e disponibilidade, sem estes, nada seria possível.*

*Aos profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria, em especial àqueles do Ambulatório de Doenças Infecciosas e do setor de arquivamento de prontuário, que possibilitaram a realização deste estudo.*

*A Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela contribuição na minha formação.*

*A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, o qual foi de extrema importância para a concretização de minha formação.*

*Gratidão!*

## RESUMO

### QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

**AUTOR:** Marcelo Ribeiro Primeira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin

A epidemia provocada pela disseminação do vírus da imunodeficiência humana é um problema de saúde pública. Uma das estratégias para o seu controle é o uso de medicamentos antirretrovirais pelas pessoas infectadas pelo vírus. A expectativa quanto ao início precoce desse tratamento é a supressão da carga viral, que está vinculada à adesão ao tratamento. Já a qualidade de vida dessas pessoas se torna importante uma vez que viver com esse vírus é uma condição crônica de saúde. Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida a fim de verificar seu impacto na adesão se torna uma preocupação. O objetivo do estudo foi avaliar se a qualidade de vida está associada à adesão ao tratamento antirretroviral. Estudo transversal, realizado no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. O cenário foi o serviço de Ambulatório de Doenças Infecciosas de Adultos do Hospital Universitário de Santa Maria. A amostra constitui-se de 156 participantes adultos infectados pelo vírus e que realizavam acompanhamento no serviço há pelo menos três meses. Os dados foram coletados a partir do questionário de caracterização dos adultos, pelo questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS – CEAT-VIH e pelo *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument* – HAT-QoL, para avaliação da qualidade de vida. Os dados coletados foram inseridos no *software Epi Info 7.0*, e suas análises realizadas no SPSS 21.0. Foram realizadas análises por frequência para as pontuações dos questionários, seguindo seus respectivos manuais. Posteriormente foram realizadas regressões logísticas a fim de verificar as associações entre a qualidade de vida, adesão e os marcadores biológicos de carga viral e linfócitos TCD4. Quanto ao grau de adesão, 1,3% obteve baixa adesão (inadequada), 66% apresentou adesão insuficiente e 32,7% adesão estrita (adequada). A qualidade de vida obteve os menores escores nas dimensões relacionadas à “Preocupações com o sigilo” (47,40) e “Preocupações financeiras” (49,20). As dimensões com maiores pontuações foram a “Satisfação com a vida” (75,52), “Função sexual” (80,69) e “Preocupações com a medicação” (84,20). As dimensões “Função geral”, “Preocupações com a medicação” e “Confiança no profissional”, apresentaram significância estatística e positiva quanto à adesão, já “Preocupações com o sigilo” apresentou significância estatística negativa relacionada à adesão. Ainda, verificou-se que os maiores escores de qualidade de vida estiveram relacionados à adesão estrita. Finalmente, o aumento de carga viral é visto como prejudicial às dimensões de qualidade de vida. A partir destes resultados, espera-se que os profissionais de saúde possam utilizar a avaliação de qualidade de vida e sua influência na adesão para propor estratégias de promoção à saúde desta população, intervindo nas dimensões de qualidade de vida mais comprometidas, a fim de prevenir que estas interfiram na adesão ao tratamento antirretroviral e conseqüentemente nos marcadores biológicos.

**Palavras-Chave:** HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Qualidade de Vida. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Adesão à Medicação. Enfermagem.

## ABSTRACT

### QUALITY OF LIFE AND THE IMPACTE ON ADHERENCE OF THE ANTIRETROVIRAL TRATMENT WITH PEOPLE LIVING WHIT HIV

**AUTHOR:** Marcelo Ribeiro Primeira

**MENTHOR:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin

The epidemic caused by the human immunodeficiency virus is a public health problem. One of the strategies for its control is the use of antiretroviral drugs by people infected by the virus. The viral load supression is expected when there is a early initiation of the treatment, and is linked to adherence toantiretroviral therapy. Already the quality of life of these people becomes important since living with this virus is a chronic health condition. Thereby, the assessment of quality of life in order to verify its impact on treatment adherence becomes a concern. The study aimed to assess whether quality of life is associated with adherence to antiretroviral therapy. Cross-sectional study, conducted inland of Rio Grande do Sul, Brazil. The scenario was the Outpatient Service of Infectious Diseases of Adults of the University Hospital of Santa Maria. The sample consisted of 156 adult participants who were infected with the virus and who had followed up on the service for at least three months. The data were collected from the "Questionnaire to assess the adherence to antiretroviral treatment in people with HIV/AIDS - CEAT-VIH" and "HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL)" for evaluation quality of life. The collected data were inserted on Epi Info 7.0 software, and its analyzes were performed in SPSS 21.0. Frequency analyzes were performed for the questionnaire scores, following their respective manuals. Subsequently, logistic regressions were performed to verify the associations between quality of life, compliance and biological markers of viral load and CD4 lymphocytes. Regarding the degree of compliance, 1.3% had low adherence (inadequate), 66% presented insufficient adherence and 32.7% adhered strictly (adequate). Quality of life obtained the lowest scores in the dimensions related to "Disclosure concerns" (47,40) and "Financial worries" (49,20). The dimensions with the highest scores were "Satisfaction with life" (75,52), "Sexual function" (80,69) and "Medication worries" (84,20). The "Overall function", "Medication worries" and "Provider trust" dimensions were statistically significant and positive regarding compliance, and "Disclosure concerns" presented negative statistical significance related to compliance. Moreover, it was verified that the highest quality of life scores were related to strict compliance. Finally, increased viral load is seen as detrimental to quality of life dimensions. Based on these results, it is expected that health care providers can use quality of life assessment and their influence on compliance to propose health promotion strategies for this population, intervening in the most impaired quality of life dimensions in order to prevent interference in adhesion to the antiretroviral therapy and consequently in the biological markers.

**Keywords:** HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Quality of Life. Highly Active Antiretroviral Therapy. Medication Adherence. Nursing.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
2.1 EPIDEMIA DO HIV COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	15
2.2 QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO .....	17
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO .....	19
2.4 TENDÊNCIA TEMÁTICA DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV .....	22
<b>3 MÉTODO</b> .....	26
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	26
3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E PARTICIPANTES .....	26
3.3 AMOSTRA .....	28
3.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	28
<b>3.4.1 Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida</b> .....	28
<b>3.4.2 Instrumento de Adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com         HIV</b> .....	30
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	31
<b>3.5.1 Variáveis Dependentes</b> .....	31
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	32
<b>4 RESULTADOS</b> .....	34
4.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – HAT-QoL .....	36
4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL – CEAT-VIH .....	37
4.3 QUALIDADE DE VIDA E SEU IMPACTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL .....	38
<b>4.3.1 A qualidade de vida, adesão e os marcadores biológicos</b> .....	40
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	43
5.1 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL .....	43
5.2 QUALIDADE DE VIDA .....	45
5.3 QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO .....	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – CEP/UFSM</b> .....	61
<b>ANEXO B – HAT-QoL MANUAL DE PONTUAÇÃO – ADAPTADO DE HIV/AIDS- TARGETED QUALITY OF LIFE INSTRUMENT</b> .....	67
<b>ANEXO C – REGISTRO NO DEPARTAMENTO DE GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – GEP/HUSM</b> ..	69
<b>ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CEAT-VIH</b> .....	70
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	71
<b>ANEXO F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	73
<b>ANEXO G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	75

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produções identificadas simultaneamente nos catálogos da ABEn conforme nº de classificação a partir do Índice por Assunto .....	22
Tabela 2 – Variáveis descritivas de caracterização dos estudos encontrados nas diferentes bases de dados .....	25
Tabela 3 – Medidas descritivas dos domínios para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH). Santa Maria, 2018 .....	37
Tabela 4 – Grau de adesão ao tratamento antirretroviral de adultos vivendo com HIV. Santa Maria, 2018 .....	38
Tabela 5 – Avaliação da Qualidade de Vida a partir das dimensões da escala HAT-QoL. Santa Maria, 2018 .....	36
Tabela 6 – Regressão linear entre as dimensões de qualidade de vida HAT-QoL e adesão ao tratamento antirretroviral CEAT-VIH. Santa Maria, 2018.....	39
Tabela 7 – Qualidade de vida HAT-QoL segundo o grau de adesão ao tratamento antirretroviral CEAT-VIH. Santa Maria, 2018.....	39

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico das médias das dimensões da escala de avaliação da qualidade de vida HAT-QoL. Santa Maria, 2018 .....	37
Figura 2 - Ciclo da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV e estão em tratamento antirretroviral. Santa Maria, 2018 .....	41

## APRESENTAÇÃO

A decisão de ser enfermeiro não surgiu de um pensamento unicamente pessoal, a influência de amigos que explanavam belas palavras do curso e profissão foi decisiva para a escolha do caminho a ser trilhado. Foi após dois vestibulares que se concretizou o ingresso no curso superior. Ao fim deste processo, que cessa o ciclo do ensino médio, a graduação em enfermagem se torna real no início de 2009, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O primeiro e segundo semestre do curso eram basicamente teóricos, com pouca inserção nos campos práticos. As disciplinas teóricas eram maioria, e as mais práticas eram relacionadas à anatomia, histologia e fisiologia. Não mais que o re/conhecimento do corpo humano. Foi então, no segundo semestre, em meio às teorias, inclusive da própria enfermagem, que tive o prazer de dar meus primeiros passos na pesquisa.

Timidamente comecei a participar das reuniões do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS), e logo estava inserido em meio ao primeiro projeto de pesquisa que participei – TARV II. Em 2010, já como bolsista de iniciação científica, dei início às coletas da etapa de campo do projeto, bem como a organização da agenda de coletas e digitação do banco de dados. O TARV II tinha como objetivo avaliar a adesão das pessoas com HIV aos antirretrovirais, semelhante aos outros dois projetos que participei, TARV IV e o atual TARV V. Suas diferenças eram basicamente a dimensão e materiais e métodos distintos, que foram evoluindo através do tempo.

Desenvolver pesquisa junto aos usuários do Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), especialmente os indivíduos que vivem com HIV, manteve meu interesse na temática, resultando em três anos consecutivos como bolsista de iniciação científica do PEFAS e vinculado aos TARV. Meu trabalho de conclusão de curso foi justamente a avaliação de adesão desta população, isso em 2013. Em 2014 conquistei uma vaga na residência multiprofissional da UFSM, com ênfase em Vigilância em Saúde, a fim de manter vínculo com a epidemiologia e também compreender como se dava a gestão em saúde.

Participei de algumas tarefas relacionadas ao gerenciamento da política

regional relacionada ao HIV e outras IST, participando de capacitações e controle de insumos relacionados à prevenção da transmissão do HIV, bem como dispensação dos medicamentos antirretrovirais destinados às farmácias dispensadoras.

Ao retornar à pesquisa enquanto discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, me propus a pesquisar uma inquietude que me acompanhava desde as primeiras entrevistas de coleta de dados durante o TARV II. Teriam estes usuários, infectados pelo HIV e realizando tratamento antirretroviral, qualidade de vida? Desta forma, como mais um objetivo a ser respondido, tenho meu projeto de mestrado atrelado ao projeto de doutorado de outro colega de grupo. O grupo de pesquisa que me acolhera durante o curso de mestrado não poderia ser outro a não ser o PEFAS, onde sempre fui muito bem recebido desde o tempo de graduação. O projeto de doutorado se chama TARV V, e mais uma vez estamos avaliando a adesão, porém, vinculado a outros fatores, incluindo a qualidade de vida, que pode estar associada com os níveis de adesão ao tratamento.

O TARV V configura-se como um ensaio clínico randomizado e se encontra em fase de coleta de dados. São três momentos de coleta de dados, sendo os dois últimos por telefone, quando possível. Os dois últimos momentos de coleta acontecem após a intervenção, que encaminha mensagens de suporte social a dois grupos de intervenção distintos e o grupo controle. Para a presente dissertação, foram utilizados os dados referentes à primeira entrevista aos participantes, fazendo uso de três instrumentos, dos cinco que são utilizados no questionário de coletas.

Portanto, são utilizados os dados sociais e demográficos para descrição da amostra, os dados referentes à qualidade de vida, da adesão e os marcadores biológicos relacionados ao HIV.

Dessa forma, além de avaliar a qualidade de vida, que tanto me inquietou, foi possível verificar sua associação com a adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas vivendo com HIV, o que pode vir a contribuir com novas intervenções para manutenção da adesão e conseqüentemente da saúde desta população.

## 1 INTRODUÇÃO

A epidemia provocada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é reconhecida como um problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, praticamente, desde seu início. Para seu controle são necessárias políticas públicas de saúde e estratégias por parte dos governos para conter os agravos provocados a partir desta infecção, tanto pelo seu impacto individual, quanto pelo coletivo, vinculado ao seu potencial epidêmico (COSTA; VICTORA, 2006; SOUZA et al., 2010).

Como resposta à epidemia, o MS indica estratégias e políticas públicas que tem por objetivo a prevenção de novos casos de infecção pelo HIV e a atenção em saúde para as pessoas já infectadas. Uma importante iniciativa foi a garantia de acesso gratuito e universal aos antirretrovirais (ARV) por todas pessoas infectadas pelo HIV por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (GALVÃO, 2002; LAGO; COSTA, 2010).

Aliado à dispensação gratuita dos medicamentos, outra estratégia utilizada é o diagnóstico e o tratamento precoce àqueles infectados pelo HIV. O diagnóstico precoce, promovido pela disponibilidade de testes rápidos na Atenção Primária à Saúde, seguido da terapia antirretroviral (TARV) eficaz, eleva os níveis de sobrevivência, diminui a morbidade e mortalidade pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) – estágio avançado da infecção pelo HIV – e diminui a incidência de novos casos relacionados ao vírus (MONTANER et al., 2014; RIO GRANDE DO SUL, 2016). Dessa forma, com diagnóstico e tratamento precoces, a infecção causada pelo HIV descaracteriza-se como doença letal e passa a ser considerada como uma condição crônica e de potencial controle (MENDES, 2012).

A partir das estratégias citadas, o Estado do Rio Grande do Sul (RS), assume compromisso com as diretrizes nacionais e internacionais de resposta à epidemia do HIV, em que busca alcançar a meta 90-90-90. Esta meta, proposta da *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS), prevê a concentração de esforços para que até o ano de 2020 90% das pessoas HIV positivas tenham ciência do seu diagnóstico, 90% destas estejam em uso de TARV e, finalmente, 90% das pessoas que usam a TARV apresentem carga viral (CV) indetectável. A CV indetectável, conhecida como supressão viral, está relacionada à prevenção quanto ao risco de transmissão do HIV e seu sucesso é diretamente ligado à adesão ao tratamento (RIO GRANDE DO SUL, 2016; UNAIDS, 2015).

A adesão ao tratamento, essencialmente o uso da TARV, permite a supressão viral do HIV no sangue, mantendo a multiplicação do vírus ao mínimo, tornando-se fundamental para prevenir as infecções oportunistas relacionadas à AIDS. Uma baixa adesão acarreta em limitações terapêuticas e resistência aos ARV prescritos. Portanto, do ponto de vista da possibilidade da transmissão de vírus resistentes, a baixa ou inadequada adesão configurar-se como uma ameaça à saúde pública (SALDANHA; ANDRADE; BECK, 2009).

A fim de facilitar o alcance de metas, o MS desenvolveu o último “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” de forma a oferecer conteúdo técnico e recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida (QV) das pessoas vivendo com HIV. Este documento prevê, por meio das políticas públicas de saúde para esta população específica, a vinculação aos serviços de saúde, a retenção nestes serviços, ou seja, o acompanhamento contínuo e a adesão ao tratamento (BRASIL, 2017a).

A supressão viral, alcançada pela boa adesão aos ARV, também demonstra a preocupação não apenas com a longevidade prevista pelo uso correto da TARV, mas também visa o alcance da QV semelhante às pessoas com sorologia negativa para o HIV (BRASIL, 2017a). Dessa forma, a adesão ao tratamento antirretroviral se mantém como um dos maiores desafios, pois envolve não somente o uso dos ARV, como também fatores relacionados ao paciente e ao sistema de saúde (POLEJACK; SEIDL, 2010).

As condições que influenciam negativamente a QV também podem afetar a adesão ao tratamento antirretroviral, significando aumento de morbidade, mortalidade e custos mais elevados com saúde (GEOCZE; et al., 2010; REIS; et al., 2010). Entretanto, a QV, além da adesão à terapia antirretroviral, apresenta associação com as variáveis clínicas referentes ao tratamento, de tal forma que quanto mais alta a QV menores são os níveis do HIV no organismo (SILVA; et al, 2014).

O fato de não existir cura para a maior parte das doenças crônicas, incluindo a condição crônica da infecção pelo HIV, demonstra que a avaliação da QV é indispensável para a criação de estratégias de tratamento, direcionando recursos e promovendo a implementação de programas de saúde que possam abranger não apenas aspectos físicos, mas também aqueles pautados nas dimensões psicossociais, possibilitando às equipes de saúde planejarem o cuidado integral às

pessoas que vivem com HIV (CANINI; et al., 2004).

Há quase duas décadas, a QV foi reconhecida como a terceira prioridade de pesquisas para a enfermagem na área do HIV e AIDS. Isto se deve às possibilidades para a terapêutica frente à avaliação da QV relacionada ao caráter crônico do HIV (SOWELL, 2000).

Ao compreender a epidemia pelo HIV como um problema de saúde, que a expectativa de vida desta população foi ampliada devido ao desenvolvimento tecnológico ligado à terapêutica e que a QV é esperada para a manutenção da adesão ao tratamento antirretroviral e como resultado desta, propõe-se o desenvolvimento do presente estudo. Uma vez que a partir da avaliação de QV das pessoas vivendo com HIV e as repercussões na adesão ao tratamento pode-se desenvolver estratégias de promoção à saúde desta população, direcionando a prática clínica a fim de prestar a atenção à saúde mais eficaz e focada nas necessidades que as pessoas vivendo com HIV enfrentam ao realizarem seu tratamento.

Isso indica a responsabilidade dos profissionais de saúde, entre estes do enfermeiro, tanto como pesquisador, quanto produtor de conhecimento, de forma que possibilite novas perspectivas de saúde a essa população vulnerável por meio da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

Dessa forma, interroga-se: qual a qualidade de vida dos adultos que vivem com HIV e que realizam o tratamento antirretroviral e sua associação com a adesão?

E, como **objetivo**: avaliar se a qualidade de vida está associada à adesão ao tratamento antirretroviral.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta elementos necessários à sustentação teórica da problemática de investigação. Para tanto foram elaborados três eixos: a epidemia causada pelo HIV e sua potencialidade como problema de saúde pública, a QV na adesão ao tratamento antirretroviral e a adesão ao tratamento antirretroviral. Ainda, encontra-se neste capítulo, o estudo de tendências elaborado com a finalidade de obtenção de indicadores para avaliação da produção científica na temática do presente estudo, evidenciando o caráter de originalidade desta pesquisa do ponto de vista regional e do uso combinado de instrumentos para a avaliação de QV e adesão.

### 2.1 EPIDEMIA DO HIV COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A Saúde Pública é considerada uma prática social destinada a intervir nos problemas de saúde, definidos por meio das necessidades da sociedade para determinada época, que dirigem as intervenções de promoção e proteção da saúde individual e coletiva (MERHY, 2002). O campo de saúde pública no Brasil, o SUS, inclui atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os setores (CARVALHO, 2013).

Dessa forma, um problema de saúde pública pode ter ampla definição. De acordo com Costa e Victoria (2006) deve obedecer a princípios básicos, que pode ser definido como um agravo que ocorre em nível populacional, ou ameaça a população que ainda não foi atingida. Afetando a relação saúde-doença-intervenção e atingindo diretamente as relações sociais, econômicas, profissionais e culturais.

Por outro lado, os determinantes sociais relacionados a um problema de saúde pública são muitos e podem envolver vários indivíduos. Assim, assistência individual é fundamental, mas apenas isso não é suficiente. Para realizar um conjunto de práticas elaboradas para a ação é necessário reconhecer a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade do agravo em dimensão coletiva (CARVALHO, 2013; MERHY, 2002).

Dessa forma, a epidemia provocada pelo HIV, pode ser reconhecida por sua magnitude e transcendência, pois ao mesmo tempo que atinge grandes parcelas de pessoas, cerca de 36,7 milhões, ela ultrapassa todas as barreiras geográficas e culturais definidas pelo ser humano, de tal forma que a infecção pelo HIV atinge esses

milhões de pessoas pelo mundo inteiro. Ainda, dentre estes, cerca de 1,8 milhões foram recentemente infectadas pelo vírus. Dos estimados 36,7 milhões de indivíduos vivendo com HIV, pouco mais da metade (56,9%) tiveram acesso à TARV até junho de 2017 (UNAIDS, 2017).

Estima-se que na América Latina cerca de 1,8 milhões de pessoas vivam com HIV, sendo que o Brasil detém mais de 800 mil do total dessa população (UNAIDS, 2017). No Brasil, desde o início da epidemia até junho de 2017 foram registrados 882.810 casos de AIDS. Destas notificações, 673.634 foram nos últimos 17 anos, ou seja, cerca de 76,31% dos casos. A prevalência dos casos de AIDS no Brasil concentra-se em pessoas com idade entre 25 e 39 anos tanto para homens, quanto para mulheres. A razão entre os sexos é de 2,2 homens para 1 mulher, com os homens concentrando 65,3% do total de casos já registrados da epidemia (BRASIL, 2017b).

A concentração da epidemia sempre foi maior no sexo masculino, no entanto, nos últimos 10 anos, houve aumento na taxa de detecção em homens, principalmente em jovens de 15 a 24 anos. Em contrapartida, houve decréscimo nas taxas de detecção em mulheres de diversas faixas etárias que, entretanto, não foram observadas em jovens de 15 a 19 anos e mulheres com 60 anos ou mais (BRASIL, 2017b).

No Brasil a concentração da epidemia encontra-se nas regiões Sudeste e Sul correspondendo a 52,3% e 20,1% dos casos respectivamente. Apesar da queda verificada por região e Unidade de Federação, o Estado do RS continua apresentando uma das maiores taxas de detecção do País, ficando apenas atrás de Roraima. No entanto, quando se observa o *ranking* das capitais e suas respectivas taxas de detecção, a capital Gaúcha continua na primeira posição, apresentando taxa de detecção de novos casos três vezes superior à taxa do País (BRASIL, 2017b).

Quanto ao interior do Estado, a cidade de Santa Maria, localizada na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, já ocupou, no ano de 2014, a 10ª posição nacional do *ranking* dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo índice composto. O cálculo para este índice leva em consideração indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de células de defesa. Em 2017 sua colocação caiu para a 94ª posição. Entretanto, a taxa de detecção que passou de 43,5 casos por 100.000 habitantes em 2014 para 31,6 casos por 100.000 habitantes em 2017 encontra-se acima da média nacional. A mortalidade, por sua vez, também

apresentou queda nos índices deste município, variando de 16,3 para 14,1 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2014; 2017b).

A queda de mortalidade é percebida também no RS, onde o Estado apresentou queda de 17% na mortalidade por AIDS nos últimos 10 anos. O País, como um todo, reduziu suas taxas de mortalidade em 11,9%, e desde o início da epidemia até o fim 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos por HIV/aids como causa básica (BRASIL, 2017b).

O MS relaciona a queda de mortalidade por AIDS, principalmente, pela política do início imediato ao tratamento para o HIV (BRASIL, 2017b). O acesso à TARV resultou na redução de cerca de 48% de mortes relacionadas à AIDS, desde 2005, em todo o mundo (UNAIDS, 2017). O início precoce do tratamento está de acordo com a meta 90-90-90, proposta pela OMS como resposta à epidemia provocada pelo HIV. O início do tratamento no começo da infecção evita doenças oportunistas, possibilita trocas da terapêutica quando necessário e promove supressão viral, que afasta a possibilidade de transmissão do vírus HIV (UNAIDS, 2015).

Portanto, para a redução dos índices epidemiológicos como incidência, prevalência e taxas de mortalidade de pessoas infectadas pelo HIV a TARV é fator fundamental, pois por meio da supressão da CV e aumento das células de defesa as chances de morbidades e óbito decorrentes da infecção pelo HIV diminuem consideravelmente. E para a continuidade desta terapia faz-se necessário a manutenção da adesão ao longo do tratamento (POLEJACK; SEIDL, 2010; SEIDL; et al, 2007).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Sem um consenso para a definição de QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de especialistas do mundo Inteiro, definiu QV como,

"a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Este conceito foi adotado com o objetivo de elaborar um instrumento (WHOQOL-100) que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural, e engloba seis diferentes domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de

dependência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O grupo de especialistas que trabalhou este conceito concluiu que a avaliação em diferentes domínios permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos, direcionando medidas terapêuticas mais apropriadas e possivelmente diminuindo os custos em saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Dentro do contexto de avaliação de QV, a OMS em função da importância médica do HIV, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem a infecção por este vírus, criou um módulo específico do instrumento de avaliação de QV relacionado ao HIV (WHOQOL-HIV). Posteriormente, este segundo instrumento deu origem a uma versão reduzida (WHOQOL-HIV-Bref) para facilitar sua aplicação no cotidiano da atenção à saúde de pessoas com HIV (FLECK, 2000).

No entanto, foram criados outros instrumentos com esta finalidade, além do WHOQOL-HIV-Bref, dentre os questionários específicos para pessoas com HIV, destaca-se o HAT-QoL, cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de pacientes (SÓAREZ; et al., 2009).

O HAT-QOL busca avaliar a QV por meio de nove domínios: funções gerais, sexuais, problemas de comunicação, preocupações com a saúde e financeiras, aceitação do HIV, satisfação com a vida, preocupações com medicamentos e confiança no profissional de saúde. Estes domínios estão divididos em 34 questões com as respostas configuradas em uma escala do tipo *Likert* (MOSER E TRAEBERT, 2011; SÓAREZ; et al., 2009).

Dessa forma, a avaliação da QV torna-se relevante para criação de estratégias de tratamento, a partir do conhecimento das condições que influenciam negativamente a QV e que podem afetar diretamente a adesão ao tratamento (CANINI; et al., 2004).

A QV, além da adesão à terapia antirretroviral, também apresenta associação com as variáveis clínicas referentes ao tratamento. Os maiores escores dos domínios avaliados pela QV são observados em indivíduos com supressão viral. Portanto a avaliação de QV associada à avaliação da adesão são importantes para as equipes de saúde planejarem o cuidado integral às pessoas com HIV, direcionando os recursos e promoção de estratégias de saúde que possam abranger não apenas aspectos físicos, mas também psicossociais, diminuindo morbidade, mortalidade e custos mais elevados com saúde (CANINI; et al., 2004; SILVA; et al, 2014).

Ainda, é possível que no início do tratamento as pessoas vivendo com HIV apresentem prejuízos na QV e adesão por estarem se adaptando a uma nova condição de vida, comprometendo a resposta terapêutica esperada. A partir da sobrevida possibilitada pelo tratamento do HIV, torna-se cada vez mais importante conhecer e propiciar o aumento da QV dessa população em específico (GALVÃO, 2015; GEOCZE; et al, 2010).

Tendo em vista as possibilidades para a terapêutica frente à avaliação da QV das pessoas com HIV, considera-se a pesquisa realizada nos Estados Unidos, na qual foram entrevistadas 317 enfermeiras especialistas pertencentes à *Association of Nurses in AIDS Care*, em que estas apontaram a QV relacionada ao caráter crônico do HIV como a terceira prioridade de pesquisas de enfermagem, na área de HIV/AIDS, para o atual milênio (SOWELL, 2000).

Desse modo, apoiados por instrumentos validados para este fim, a QV é um aspecto a ser avaliado no contínuo processo terapêutico de pessoas que vivem com HIV, mesmo antes de se submeterem ao uso dos ARV. A QV é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto de condições crônicas de saúde, permitindo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto ao tratamento e aprovação de novas TARV alternativas (GEOCZE; et al., 2010).

### 2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

O HIV quando infecta o organismo humano, desencadeia uma disfunção imune ampla, pois reduz a quantidade de células linfócito TCD4+ (LT-CD4<sup>1</sup>), deprimindo o sistema imunológico, causando prejuízo funcional pelos efeitos diretos que origina (ROITT; BROSTOFF; MALE, 2003).

Dessa maneira, ao receber o diagnóstico de AIDS, no início da epidemia, era visto como sinônimo de morte. Esse quadro se modifica a partir da descoberta de medicamentos capazes de controlar o HIV no organismo, denominados de ARV. Dessa maneira, em 1987 é lançado o primeiro medicamento capaz de retardar o progresso do HIV, a zidovudina (SCHEFFER, 2008).

---

<sup>1</sup> As células LT-CD4 são células fundamentais na defesa do organismo, ou seja, na imunidade. Elas são vítimas de ataque quando o paciente possui o diagnóstico de infecção pelo HIV. Estes linfócitos T-CD4 são marcadores biológicos utilizados amplamente na clínica para o acompanhamento da imunidade de pacientes infectados pelo vírus (ARAÚJO et al, 2008).

A evolução dos conhecimentos e da utilização de tecnologias cada vez mais eficazes fizeram com que a AIDS tivesse sua história natural alterada. Com desfecho letal rápido, nos primeiros casos descritos, a doença passou a assumir um caráter crônico. Dessa forma, os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar a infecção pelo HIV, a qual acabou se tornando uma condição crônica (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A partir destes avanços, nos anos seguintes à descoberta da zidovudina, foram sendo descobertos outros importantes ARV, mas somente em 1996, com o início da TARV tripla ou HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), que ficou evidenciada a eficácia desses medicamentos. A TARV tripla se configura pela combinação de três ou mais ARV, onde dois devem ser de classes diferentes. Atualmente o Ministério da Saúde distribui gratuitamente 22 ARV divididos em cinco classes<sup>2</sup>, que agem de forma distinta conforme a ação do HIV no seu ciclo (RODRIGUES; et al, 2009; BRASIL, 2013).

Além do uso dos ARV, o tratamento para o HIV consiste no monitoramento do vírus, o qual é realizado por meio de dois marcadores biológicos: exame da contagem de linfócitos T-CD4+ e a quantificação da CV no organismo. Atualmente, é recomendado estimular o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação individual (BRASIL, 2008; 2017a).

Portanto, com o início precoce da TARV, intensifica-se a preocupação do uso correto dos ARV, ou seja, da adesão da pessoa infectada pelo HIV ao tratamento antirretroviral.

A adesão ao tratamento antirretroviral, para uma boa resposta terapêutica, ou seja, a supressão viral, deve estar em torno de 80 a 100% da tomada dos ARV, e que a má adesão - valores inferiores à 80% - é uma das principais causas de falha terapêutica (BEZABHE; et al., 2016; BRASIL, 2017a). Assim, a adesão pode ser definida como o grau de comportamento de uma pessoa em relação à recomendação médica ou como o ato, ação ou qualidade de ser consistente com o seguimento da

---

<sup>2</sup> As Cinco Classes de ARV: as classes são divididas conforme a atuação na replicação do vírus. São elas: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores de Protease, Inibidores de fusão, Inibidores da Integrase (BRASIL, 2013b).

prescrição (ALTICE; FRIEDLAND, 1998; MALASSIOTIS; et al., 2002).

Além disso, a adesão pode ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre a pessoa que vive com HIV e a equipe de saúde (POLEJACK; SEIDL, 2010). Ela envolve diversos fatores e aspectos culturais, sociais, históricos, demográficos, psicológicos e clínicos, devendo ser fortalecido por laços de cumplicidade, confidencialidade e respeito, sendo considerado na prática um processo de construção gradual e demorado (TEIXEIRA; PAIVA, 2000).

Nesse sentido, pode se dizer que adesão é um dos maiores desafios para o sucesso do tratamento antirretroviral, sendo que seu não cumprimento pode ocasionar na resistência do HIV aos ARV prescritos (VELOSO; FINK; LIMA, 2010). Para que isto não ocorra, é muito importante que as pessoas que vivem com HIV conheçam as características da sua doença e entendam claramente o objetivo da TARV, para que participem da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância do uso contínuo e correto dos ARV (BRASIL, 2013).

Portanto, a adesão ao tratamento para o HIV é decisiva para o sucesso da TARV, e a partir desse ponto, passa a existir o desafio na prática clínica, de como acompanhar o uso correto dos ARV pelos pacientes. Os maiores desafios para as equipes de saúde são as formas de monitoramento e avaliação da adesão, uma vez que não há um padrão adequado de procedimentos para garantir a fidedignidade da medida de adesão ao tratamento e à TARV. Isso é essencial para avaliar as propostas de intervenções (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Melhorar a qualidade da avaliação da adesão é importante para identificar precocemente pacientes em risco de não adesão, ou que estejam apresentando dificuldades de natureza clínica. No que tange a pesquisa, a avaliação dos preditores de baixa adesão e a identificação de populações mais vulneráveis, tornam-se prioridades para que haja o desenvolvimento de políticas públicas a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento para essa população, melhorar o cumprimento e prevenir a resistência aos ARV por parte do HIV (POLEJACK; SEIDL, 2010; REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

Portanto, o uso correto dos ARV, além da longevidade, promove uma melhor QV, de tal forma que a adesão provoca mudanças positivas nas pessoas que vivem com HIV. O alcance de uma QV equivalente à de pessoas não infectadas pelo vírus é esperado como desfecho clínico relacionado à adesão e à supressão viral, demonstrando a importância de sua avaliação (BRASIL, 2017a; JELSMA; et al., 2005).

## 2.4 TENDÊNCIA TEMÁTICA DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

A fim de promover o conhecimento da tendência temática das produções oriundas dos cursos de pós-graduação em enfermagem acerca da temática da qualidade de vida de pessoas com HIV, foram selecionadas bases de dados que contemplam teses e dissertações, das quais foram extraídas as informações necessárias à composição deste capítulo.

Para a busca nas bases de dados, foram utilizadas as expressões “qualidade de vida”, “HIV” e “AIDS”, tanto no banco de teses e dissertações do portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) quanto nos Catálogo de Teses e Dissertações (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

Inicialmente, no portal CAPES, foram encontrados 417 estudos, posteriormente à aplicação do filtro por Área de Concentração, com a utilização apenas daqueles com enfermagem na descrição, o número reduziu para 34 produções.

A pesquisa nos catálogos da ABEn, a partir da busca dos descritores no Índice por Assunto, resultou em 08 produções (Tabela 1), destas, uma não estava disponível nos catálogos apesar de constar sua indexação.

Tabela 1 – Produções identificadas simultaneamente nos catálogos da ABEn conforme nº de classificação a partir do Índice por Assunto

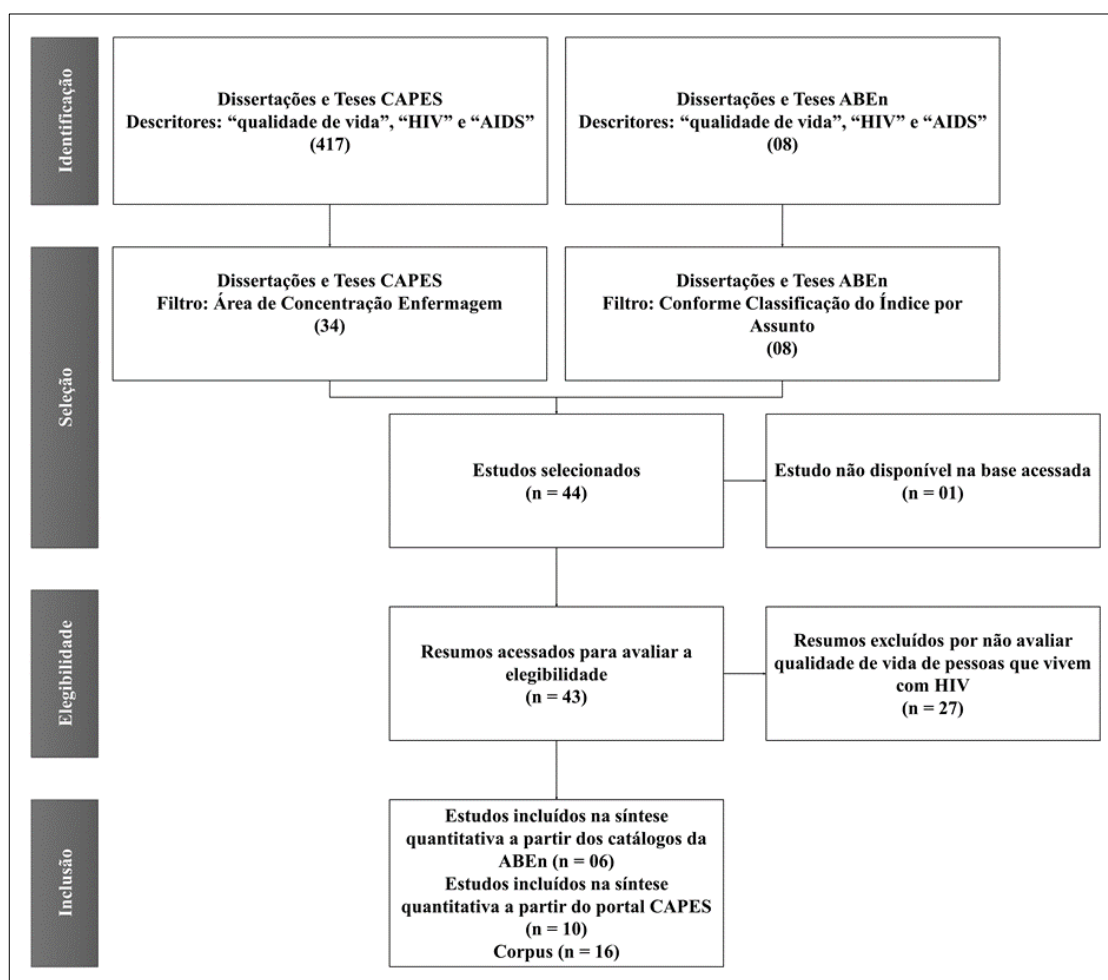
<b>Expressões/Nº Produção</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>
Qualidade de Vida	4954	5719	5894	6362	6617	6837	7155	7974
HIV	4954	5719	5894	6362	6617	6837	-	7974
AIDS	-	-	-	-	-	6837	7155	7974

Fonte: autor.

Ao fim da leitura dos títulos e resumos, compuseram o banco de dados 16 resumos de dissertações e teses, 10 provenientes do portal CAPES e 06 resumos oriundos dos catálogos da ABEn. O fluxo de seleção e composição do banco de dados dos resumos analisados é demonstrado através da figura 1.



Figura 1 – Fluxo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão no banco de dados das produções analisadas



Fonte: autor.

A análise a partir do banco de dados (Tabela 2) mostra que houve predomínio de estudos com abordagem quantitativa (81%), seguido de abordagem mista (13%) e finalizando com abordagem qualitativa (6%). As instituições que mais produziram dissertações ou teses na temática de Qualidade de Vida e HIV se concentraram no estado do Ceará e no Estado de São Paulo, com duas instituições que somadas, USP (6) e UFC (3), representam mais da metade das produções desta temática.

Os estudos estão igualmente divididos entre Teses e Dissertações, sendo que o ano com mais produções nesta temática foi o ano de 2013. Fica evidente a prevalência do uso do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS, seguido do HAT-QoL com três produções, sendo que uma produção compartilha de ambos instrumentos.

Também é possível constatar, nesta análise, que a grande maioria dos estudos,

teve como campo de coleta de dados os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), sendo que em alguns resumos não há inferência ao cenário de pesquisa. Ainda, verifica-se, um grande número de instrumentos de coletas de dados que são utilizados em conjunto com os instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida, são instrumentos que avaliam a adesão, depressão, auto-cuidado, suporte social, entre outras avaliações que possam ter correlação com a Qualidade de Vida das pessoas que vivem com HIV (Tabela 02).

Nota-se a variação entre o número mínimo e máximo de participantes por estudo, entre 29 a 314 participantes. Não há registros sobre características das populações estudadas, tais como idade inicial ou final para caracterizar a amostra em idosos, jovens, adultos ou crianças, ficando o único dado aparente a faixa etária predominante ou média de valores. As limitações ficaram por conta da metodologia aplicada ao estudo no que diz respeito à extração dos dados apenas dos resumos das teses e dissertações.

Tabela 2 – Variáveis descritivas de caracterização dos estudos encontrados nas diferentes bases de dados

BASE	Tipo de Estudo	Estado	Instituição Abreviada	Ano	Instrumento de avaliação de QV Utilizado no Estudo	Outros Instrumentos de Coleta de Dados Segundo Temática Abordada	Abordagem	Cenário	Amostra	Característica dos Participantes	Outras Informações Relevantes
ABEn	D	SP	UNIFESP	2006	SF-36	Ansiedade e Depressão	Quantitativo	SAE	61	-	Grupo Controle
	T	SP	USP	2008	WHOQOL-HIV bref + HAT-QoL	Depressão Auto-estima	Quantitativo	SAE	228	-	-
	D	SC	UFSC	2008	WHOQOL-HIV bref	-	Quantitativo	SAE	155	-	-
	T	SP	USP	2010	WHOQOL-HIV bref	Suporte Social	Quantitativo	SAE	115	-	Coinfecção Tuberculose
	D	PB	UFPB	2010	WHOQOL-HIV bref	-	Quantitativo	Não Informado	302	-	-
CAPES	T	SP	USP	2011	HAT-QoL	Avaliação Clínica Auto-estima Esperança	Quantitativo	SAE	200	Mulheres acima de 50 anos	Corte
	T	SP	USP	2013	WHOQOL-HIV bref	Adesão Ansiedade e Depressão Esperança	Quantitativo	HR	314	-	-
	T	SP	UNIFESP	2013	HAT-QoL	Sexualidade	Quantitativo	Não Informado	201	Idosos	-
	T	SP	USP	2013	WHOQOL-HIV bref	Estilo de Vida	Quantitativo	SAE	58	-	-
	D	CE	UFC	2013	WHOQOL-HIV bref	Adesão Religiosidade	Quantitativo	HR	74	-	-
	D	PI	UFPI	2014	WHOQOL-HIV bref	-	Quantitativo	SAE	146	-	-
	T	SP	USP	2014	Próprio	DISABKIDS Entrevista Grupo Focal	Qualitativo	Hospital Escola	29	Crianças Adolescentes Profissionais	Constr. de Instrumento para avaliação de QV
	T	CE	UFC	2014	WHOQOL-HIV bref	Adesão Religiosidade	Quantitativo	SAE	179	-	-
	T	RJ	UERJ	2015	WHOQOL-HIV bref	Entrevista	Quantitativo	SAE	100	-	-
	D	CE	UFC	2015	WHOQOL-HIV bref	Adesão Consumo de Álcool	Quantitativo	SAE	114	Adultos	-
D	RJ	UFRJ	2015	WHOQOL-HIV bref	Entrevista	Quantitativo	HR + ONG	87	Mulheres	-	

Fonte: autor.

Legenda: D: Dissertação. T: Tese. SAE: Serviço de Atendimento Especializado. HR: Hospital de Referência. ONG: Organização Não Governamental

### 3 MÉTODO

O presente estudo é um subprojeto que tem a finalidade de responder a um objetivo específico do projeto matricial denominado “O USO DE MENSAGENS DE TEXTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL – TARV V”, registrado sob o número 042018 no portal de projetos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o CAAE 54293916.6.0000.5346 e número de parecer 1.538.216 (ANEXO A). O projeto matricial configura-se como um ensaio clínico randomizado com intervenção de mensagens de texto para suporte social com a finalidade de incrementar a adesão ao tratamento para o HIV. São três momentos de coleta de dados, dos quais, para este subprojeto, foi utilizado a primeira coleta que fora de forma presencial e anterior à intervenção proposta a partir do projeto matricial.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa e delineamento transversal. Neste tipo de estudo a investigação destinada à pesquisa é realizada apenas em um momento e não há intervenção, com o pesquisador atuando como expectador diante dos fatos. Suas vantagens são: o tempo relativamente curto e baixo custo (PEREIRA, 2012; POLIT; BECK, 2011).

#### 3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E PARTICIPANTES

O cenário deste estudo foi o serviço de Ambulatório de Doenças Infecciosas de Adultos do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O HUSM localiza-se na região centro-oeste do Rio Grande do Sul (RS), no município de Santa Maria, e faz parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), sendo referência para atendimento de média e alta complexidade em saúde nesta região. Tal hospital é um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e realiza ações voltadas para ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde aos usuários do SUS, com sua gerência desempenhada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013.

O HUSM possui um cadastro de cerca de 1200 pessoas adultas com HIV, sendo que destas, 500 se encontram em TARV e em acompanhamento junto aos

profissionais do Ambulatório de Doenças Infecciosas, segundo dados do serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). A lista dos pacientes cadastrados e que realizam a TARV foi disponibilizada pela UDM do HUSM, por meio do Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM).

O acompanhamento ambulatorial disponibiliza semanalmente uma agenda multiprofissional para assistência desta população, a fim de atender especificamente as necessidades dos pacientes. O suporte farmacêutico para estas pessoas e a dispensação dos ARV é realizado pela UDM do próprio HUSM.

A população de estudo é composta por adultos (idade igual ou maior a 15 anos) infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral no referido hospital durante o período da pesquisa.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram:

- Pessoas infectadas pelo HIV e em tratamento antirretroviral;
- Estar em tratamento medicamentoso pelo menos há 3 meses (tempo necessários para que os ARV alcancem estabilidade no organismo) (BRASIL, 2017a);
- Adultos (idade maior ou igual a 15 anos), conforme critérios da UNAIDS.

Os critérios de exclusão são:

- Apresentar alguma limitação que dificulte a compreensão e/ou expressão verbal;
- Estar em regime penitenciário, uma vez que não tem acesso a telefones móveis;
- Mulheres em período gestacional, visto que há evidencia que durante este período há incremento da adesão e alteração da TARV.

Os critérios de descontinuidade do estudo foram:

- Desistência das pessoas infectadas pelo HIV ou por parte de seu representante legal (pessoas com idade entre 15 a 18 anos incompletos) de participar da pesquisa após o início da coleta de dados;

Foram elaboradas semanalmente agendas de coleta de dados, a partir dos atendimentos no referido ambulatório, buscando identificar os participantes elegíveis para pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.

Para a randomização dos participantes foi obtida a lista dos pacientes que realizam tratamento no ambulatório de doenças infectocontagiosas adulto e pediátrico

e infectados pelo HIV, após esta lista é inserida no *software* SPSS 21.0, o qual selecionou a listagem dos participantes de forma aleatória.

### 3.3 AMOSTRA

Os participantes do estudo foram selecionados de forma randomizada aleatória. Esse método de seleção elimina os vieses de seleção de tratamento, confundimento dos resultados e avaliação. Apesar da randomização da amostra não ser comum em estudos transversais, esta técnica é proveniente do projeto matricial, que corresponde a um estudo clínico randomizado, não havendo dissociação da seleção dos participantes para cada estudo.

Para o cálculo amostral foram considerados  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,2$ ,  $q_1 = 0,25$ ;  $q_2 = 0,25$ ,  $q_0 = 0,5$ ,  $P_0 = 0,85$  e  $P_1 = 0,6$ , sendo realizado o seguinte cálculo (HULLEY; et al., 2013):

$$\text{Pop. Total} = N = ((Z\alpha\sqrt{P(1-P)}(1/q_1 + 1/q_0)) + (Z\beta\sqrt{P_1(1-P_1)}(1/q_1 + P_0(1-P_0)(1/q_0)))^2 / (Z\alpha\sqrt{P(1-P)}(1/q_1 + 1/q_0)) = 147$$

Ao ser aplicado a fórmula obteve-se uma população total de 147 participantes mínimos, sendo a amostra composta por 156 participantes.

### 3.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização dos adultos infectados pelo HIV e dois instrumentos, um de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral e outro de avaliação da qualidade de vida. Para a confecção do banco de dados, foi criado o espelho dos instrumentos de coleta de dados no *software Epi Info 7.0*. Os dados coletados foram digitados de forma dupla e independente a fim de garantir a exatidão das informações. Ao fim foi realizado a comparação entre os bancos de dados e reduzidos a apenas um com as informações retificadas.

#### 3.4.1 Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida

Essa variável foi avaliada pela aplicação do Instrumento de Qualidade de Vida direcionado para portadores de HIV/AIDS (*HIV/AIDS-Targeted Quality of Life*

*Instrument* - HAT-QoL). O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para pacientes HIV, para uso no Brasil por dois estudos, de Soárez et al. (2009), Moser e Traebert (2011) e obteve estimativas de confiabilidade em todos os domínios de consistência interna satisfatória, com valores de alfa de Cronbach variando de 0,73 a 0,90, e 0,89 respectivamente (MOSER; TRAEBERT, 2011; SOAREZ et al. 2009).

O HAT-QoL é classificado como um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida por ter sido construído de forma colaborativa junto às pessoas que vivem com HIV e passível de ser aplicado apenas nesta população. Deve-se observar, como importante característica deste instrumento, além do fato de ser específico, a busca por entender como está a vida do indivíduo em diferentes aspectos. Consiste de 34 itens que avaliam nove domínios de qualidade de vida:

- Função geral (seis itens relacionados à rotina diária, exercícios físicos, rotina doméstica e de trabalho e atividades sociais);
- Satisfação com a vida (quatro itens relacionados a quanto a pessoa desfrutou e esteve no controle de sua vida, nível de atividade social alcançado e o fato de estar saudável);
- Preocupações com a saúde (quatro itens que compreendem a impossibilidade de viver sem estar preocupado com a saúde, preocupação com seus exames e a possibilidade de morte);
- Preocupações financeiras (três itens que correspondem à renda determinada, pagamento de contas e ter pouco dinheiro para cuidar de si);
- Preocupações com a medicação (cinco itens que questionam a preocupação com a tomada de sua medicação e o tempo despendido para a tomada dos ARV, efeitos adversos, impossibilidade de ter uma vida normal por conta dos ARV e a dúvida quanto ao benefício do uso dos ARV);
- Aceitação do HIV (dois itens que dizem respeito a arrependimento do modo como viveu até descobrir sua condição sorológica para o HIV e quanto ao comportamento de risco adotado anteriormente);
- Preocupações com o sigilo (cinco itens que compreendem a limitação do que fala sobre si, medo da revelação do diagnóstico tanto no meio familiar quanto no trabalho e o medo de perder o emprego por ter HIV);
- Confiança no profissional (três itens que abrangem a disponibilidade do profissional com o usuário, a tomada de decisões de forma compartilhada e a preocupação em ser importante para o profissional);

- Função sexual (dois itens relacionados a ficar excitado e dificuldades de chegar ao orgasmo).

Esses itens levam o indivíduo a refletir sobre sua qualidade de vida nas últimas quatro semanas. Cada domínio possui como respostas: “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “parte do tempo”, “pouco tempo” e “nunca” sendo pontuadas de 1 a 5.

As pontuações dos itens são então somadas para produzir um escore global, que varia de 0 a 100, e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. O manual para a obtenção dos escores encontra-se no Anexo B.

O HAT-QoL não prevê classificação conforme os escores obtidos nas dimensões calculadas, no entanto, a fim de facilitar a apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos, optou-se neste estudo por estratificar a QV de 25 em 25 pontos.

### **3.4.2 Instrumento de Adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV**

Para identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral foi utilizado o “Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS” (CEAT – VIH), desenvolvido por Remor e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (REMOR, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS et al., 2007). Este questionário é constituído por 20 questões, as quais abrangem as seguintes dimensões:

- Conformidade com o tratamento, que inclui as variáveis: adesão na última semana; adesão geral desde o início do tratamento, adesão na ingesta dos horários do medicamento; avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral; o paciente recorda os nomes dos medicamentos que utiliza no seu tratamento.
- Fatores que modulam a adesão ao tratamento, inclui as variáveis: histórico de não adesão, que abarca deixar de tomar a medicação por se sentir melhor; por se sentir pior depois da ingesta 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 à TARV, e avalia o relacionamento entre ambos.
- As crenças do paciente relacionadas ao esforço ao tempo que implica no



cumprimento de seu tratamento, dificuldades percebidas para seguir o tratamento e a expectativas de autoeficácia em tomar os medicamentos e resultados esperados.

- A avaliação da gravidade dos efeitos colaterais associados com a ingestão dos ARV, do grau de informações sobre os medicamentos, do grau de satisfação ao tomar os ARV, 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, sendo o valor mínimo possível 17 e o valor máximo 89. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. O grau de adesão ao tratamento antirretroviral será classificado em "estrita", "regular" e "baixa adesão ou inadequada" conforme, orientação do Manual de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (REMOR, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS et al., 2007).

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

### 3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### 3.5.1 Variáveis Dependentes e Independentes

Todas as variáveis a seguir atuaram como dependentes e independentes de forma a darem conta do modelo cíclico do processo de correlação entre qualidade de vida, adesão e marcadores biológicos:

- Escores das dimensões de qualidade de vida para pessoas com HIV/AIDS, composta de 34 questões com total de 0 a 100 pontos;
- Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV: em pontos, com valor mínimo possível 17 e valor máximo possível 89 pontos;
- Marcadores biológicos.

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram extraídos do banco de dados produzido no *software Epi Info*

7.0, e inseridos no *Software* SPSS 21.0.

Realizou-se a verificação da aderência dos dados a distribuição 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 satisfizeram a suposição de normalidade.

Foi utilizado para avaliar a pontuação do HAT-QoL a reprodução do Manual de Pontuação disponível em formato digital (ANEXO B) (WILLIAM; HOLMES, 1999).

A consistência interna do CEAT-VIH 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.

Assim como foi realizada análise descritiva das variáveis, e análises bivariadas com objetivo de avaliar a relação entre a adesão ao tratamento e qualidade de vida. Nessa etapa, foram utilizados testes Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, adotando-se níveis de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ). E ao avaliar a influência entre variáveis dependentes e independentes foi realizado regressão linear logística e regressão binária, com Intervalo de confiança de 95%.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A coleta de dados aconteceu mediante a autorização do sujeito de pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Neste, contempla-se os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O processo de esclarecimento foi por meio de conversa individual com os participantes da pesquisa sobre os objetivos da mesma, avaliando os procedimentos da coleta, riscos e benefícios.

A tramitação do projeto de pesquisa previu a apreciação do ambulatório de infectologia, setor de farmácia e Serviço de Arquivamento Médico e, após a avaliação e apreciação da Gerencia de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (ANEXO C), devidamente registrado no Sistema de Informações para o Ensino e no Gabinete de Projetos de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde. Já submetido à Plataforma Brasil para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição da Universidade Federal de Santa Maria e aprovado (ANEXO A) sob número do CAAE 54293916.6.0000.5346.

Também foi emitida por seu autor, a autorização para o uso do instrumento CEAT-VIH (ANEXO D).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F), o qual foi devidamente assinado pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa, uma via do documento ficou com o participante e outra arquivada com o pesquisador junto ao instrumento individual do participante. Foi assegurado o caráter voluntário de participação e a liberdade do participante em retirar-se do estudo a qualquer momento, sendo assegurado seu anonimato. Todas as informações coletadas são única e exclusivamente de responsabilidade do pesquisador, para fins de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados.

Acerca dos **benefícios** da pesquisa, foi esclarecido que esses podem ser de ordem indireta, quando os profissionais possuírem conhecimento dos resultados, poderão utilizar durante a assistência a esta população. Houve como **possibilidade de risco** aos participantes, o cansaço e o desconforto físico, nesse sentido, ações serão realizadas por profissionais treinados e qualificados para tanto, visando a redução dos possíveis danos.

Também foi elaborado um Termo de Confidencialidade dos Dados (ANEXO G) no qual o pesquisador se compromete com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. Informam, ainda, que estas informações poderão compor um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referenciais teóricos.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM, por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados referentes aos resultados obtidos a partir dos instrumentos de coleta de dados relacionados à caracterização da amostra, à QV (HAT-QoL), à adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) e resultados de exames clínicos (linfócitos T-CD4+ e CV).

Também serão apresentados os resultados obtidos a partir da regressão logística entre os escores da escala de QV, a avaliação de adesão ao tratamento e os marcadores biológicos.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 156 participantes, destes, a idade média foi de 42,54 anos, 57,1% são mulheres; 65,4% são de cor branca; 55,1% são moradores da cidade de Santa Maria; 50,6% convive com esposo(a) companheiro(a); a média de anos estudados foi de 7,9; a média de filhos foi 1,9; a renda mensal familiar teve média de R\$ 1.430,79; 60,9% dos participantes não estão empregados no momento; 87,8% relataram não fazer uso de nenhum tipo de droga; 82,1% não ingere bebidas alcoólicas; 71,58% diz que é fácil manter seu acompanhamento de saúde no serviço; 71,2% adquiriu o HIV por transmissão sexual; 60,9% nunca teve doenças oportunistas; 78,8% não fazem uso de medicações psiquiátricas; 89,7% nunca deixaram de tomar os ARV por alterações na prescrição; 74,4% nunca deixaram de tomar os ARV por não ter eles consigo; e 90,4% nunca deixaram de tomar os ARV por estar em jejum. Os demais dados constam na tabela 3 e são resultados obtidos a partir do auto relato.

Tabela 3 – Caracterização social, demográfica e clínica da amostra. Santa Maria, 2018

Variáveis	N (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Sexo</b>				
Feminino	89 (57,1)			
Masculino	67 (42,9)			
<b>Idade</b>		42,54	18	73
<b>Cor ou Raça</b>				
Amarela	02 (1,3)			
Branca	102 (65,4)			
Indígena	02 (1,3)			
Parda	21 (13,5)			
Preta	29 (18,6)			
<b>Município de Residência</b>				

Variáveis	N (%)	Média	Mínimo	Máximo
Santa Maria	84 (53,9)			
Demais Municípios	71 (46,1)			
<b>Situação Conjugal</b>				
Convive com esposo(a) ou companheiro(a)	79 (50,6)			
Separado(a), divorciado(a)	22 (14,1)			
Solteiro(a)	40 (25,6)			
Viúvo(a)	15 (9,6)			
<b>Anos de Estudo</b>		8,7	0	16
<b>Número de Filhos</b>		1,92	0	7
<b>Renda Mensal (em reais)</b>		1430,79	0,00	7000,00
<b>Possui Vínculo Empregatício</b>				
Não	95 (60,9)			
Sim, com carteira assinada	29 (18,6)			
Sim, sem carteira assinada	32 (20,5)			
<b>Utiliza Algum Tipo de Droga</b>				
Não	137 (87,8)			
Sim	19 (12,2)			
<b>Faz Uso de Bebidas Alcoólicas</b>				
Não	128 (82,1)			
Sim	28 (17,9)			
<b>Manter o Acompanhamento de Saúde é?</b>				
Difícil	11 (7,1)			
Fácil	112 (71,8)			
Mais ou menos	33 (21,2)			
<b>Via de Infecção do HIV</b>				
Desconhecida	35 (22,4)			
Drogas injetáveis	4 (2,6)			
Transfusão sanguínea	3 (1,9)			
Transmissão materna	3 (1,9)			
Transmissão sexual	111 (71,2)			
<b>Teve Alguma Doença Oportunista?</b>				
Não	95 (60,9)			
Sim	61 (39,1)			
<b>Utiliza medicações psiquiátricas?</b>				
Não	123 (78,8)			
Sim	33 (21,2)			
<b>Já deixou de tomar os ARV por alteração na prescrição médica?</b>				
Não	140 (89,7)			
Sim	16 (10,3)			
<b>Já deixou de tomar os ARV por não ter eles com você?</b>				
Não	116 (74,4)			
Sim	40 (25,6)			
<b>Já deixou de tomar os medicamentos por estar em jejum?</b>				
Não	141 (90,4)			
Sim	15 (9,6)			

Fonte: autor.

## 4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – HAT-QoL

A avaliação da QV a partir da escala HAT-QoL é dividida em nove dimensões, destas, sete obtiveram valores mínimos iguais a zero e todas as dimensões alcançaram os valores máximos (100) possíveis a partir da escala (Tabela 4). As dimensões relacionadas à “Preocupações com o sigilo” (47,40) e “Preocupações financeiras” (49,20) foram as que obtiveram as menores pontuações médias e respectivamente, evidenciando QV Já as dimensões com maiores pontuações médias ficaram a cargo da “Satisfação com a vida” (75,52), “Função sexual” (80,69) e “Preocupações com a medicação” (84,20), demonstrando QV mais elevada quanto a estas dimensões (Tabela 4).

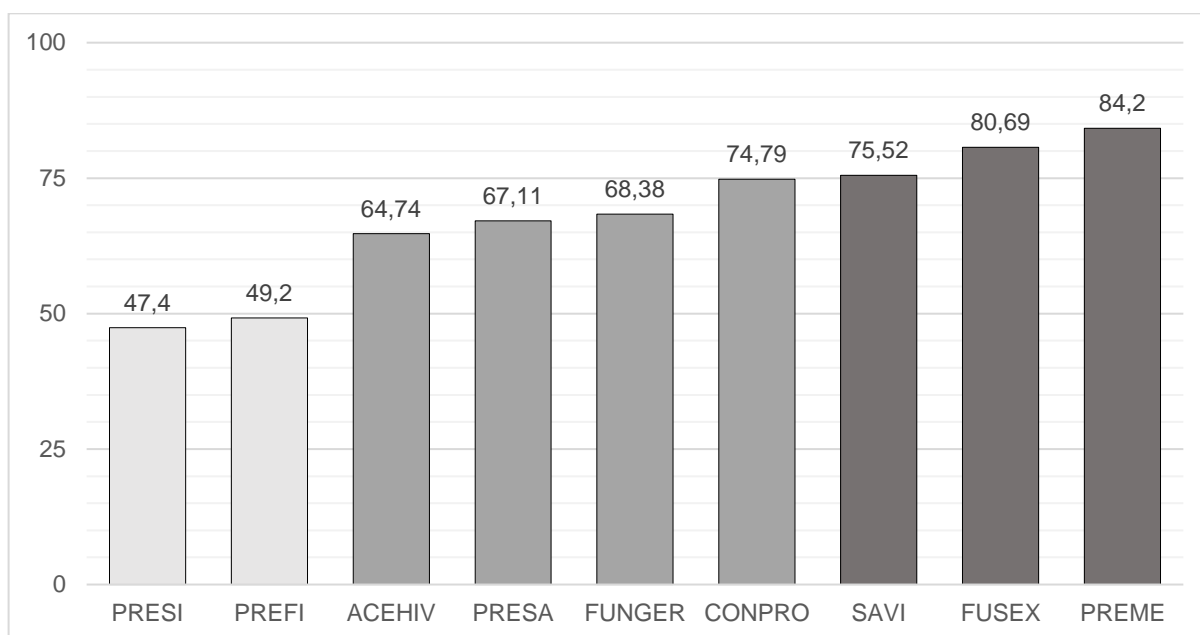
Tabela 4 – Avaliação da Qualidade de Vida a partir das dimensões da escala HAT-QoL. Santa Maria, 2018

<b>Dimensão</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
PRESI	47,40	31,63	0,00	100,00
PREFI	49,20	36,02	0,00	100,00
ACEHIV	64,74	34,45	0,00	100,00
PRESA	67,11	30,47	0,00	100,00
FUNGER	68,38	24,11	8,33	100,00
CONPRO	74,79	22,76	0,00	100,00
SAVI	75,52	22,75	12,50	100,00
FUSEX	80,69	33,91	0,00	100,00
PREME	84,20	21,23	0,00	100,00

Fonte: autor.

A avaliação da QV por dimensão fica a cargo da média alcançada. Não há valores de referência a serem utilizados como ponto de corte, no entanto, se considerarmos cortes a cada 25 pontos, teremos duas dimensões abaixo de 50 pontos (PRESI e PREFI), quatro dimensões entre 50 e 75 pontos (ACEHIV, PRESA, FUNGER e CONPRO) e apenas três dimensões com valores acima de 75 pontos (SAVI, FUSEX e PREME) (Figura 2).

Figura 2 – Gráfico das médias das dimensões da escala de avaliação da qualidade de vida HAT-QoL. Santa Maria, 2018



Fonte: autor.

Legenda: FUNGER: Função geral; SAVI: Satisfação com a vida; PRESA: Preocupações com a saúde; PREME: Preocupações com a medicação; ACEHIV: Aceitação do HIV; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; FUSEX: Função sexual.

#### 4.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL – CEAT-VIH

A avaliação da adesão ao tratamento leva em consideração cinco dimensões/componentes, que ao fim gera uma classificação geral. Os componentes analisados para mensurar a adesão são: o cumprimento do tratamento, os antecedentes da falta de adesão, a comunicação médico-paciente, as crenças e expectativas sobre o tratamento e a satisfação com o tratamento (Tabela 5).

Tabela 5 – Medidas descritivas dos domínios para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH). Santa Maria, 2018

Domínios para avaliação da adesão	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Cumprimento do tratamento	84,20	15,58	92,00	33,00	100,00
Antecedentes da falta de adesão	91,19	10,89	94,00	50,00	100,00
Comunicação médico-paciente	80,01	15,39	83,00	8,00	100,00
Crenças e expectativas sobre o tratamento	76,19	14,46	77,50	30,00	100,00
Satisfação com o tratamento	75,87	18,15	75,00	25,00	100,00

Fonte: autor.

Quanto ao grau de adesão, 1,3% obteve baixa adesão (inadequada), 66% apresentou adesão insuficiente e 32,7% adesão estrita (adequada). A tabela a seguir (Tabela 6) evidencia o grau de adesão alcançado a partir da pontuação do CEAT-VIH. Dentre os valores obtidos a partir dos escores de adesão a média foi de 81,59 pontos, o valor mínimo alcançado foi de 47 pontos, o máximo de 97 pontos e o desvio padrão foi de 8,77.

Tabela 6 – Grau de adesão ao tratamento antirretroviral de adultos vivendo com HIV. Santa Maria, 2018

Pontuação	Frequência	Porcentual	Grau de adesão
47,00	1	0,60	Baixa adesão (inadequada) (1,30%)
49,00	1	0,60	
53,00	1	0,60	Adesão insuficiente (66,00%)
59,00	1	0,60	
60,00	1	0,60	
65,00	1	0,60	
66,00	2	1,30	
68,00	4	2,60	
69,00	4	2,60	
71,00	3	1,90	
72,00	3	1,90	
74,00	3	1,90	
75,00	5	3,20	
76,00	8	5,10	
78,00	8	5,10	
79,00	12	7,70	
81,00	8	5,10	
82,00	12	7,70	
83,00	2	1,30	
84,00	8	5,10	
85,00	17	10,9	
87,00	9	5,80	Adesão estrita (adequada) (32,70%)
88,00	14	9,00	
90,00	5	3,20	
91,00	11	7,10	
93,00	7	4,50	
94,00	2	1,30	
96,00	2	1,30	
97,00	1	0,60	
Total	156	100,0	

Fonte: autor.

#### 4.4 QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Ao ser avaliado, por meio da regressão logística linear, quais coeficientes da qualidade de vida influenciam na adesão ao tratamento antirretroviral, foi verificado



que as dimensões Função geral (FUNGER), Preocupações com a medicação (PREME), Preocupações com o sigilo (PRESI) – negativo – e Confiança no profissional (CONPRO) apresentaram significância estatística (Tabela 7).

Tabela 7 – Regressão logística entre as dimensões de qualidade de vida (HAT-QoL) e adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH). Santa Maria, 2018

Dimensão	Coeficientes não padronizados		t	Intervalo de confiança 95%	
	B	Modelo padrão		Limite inferior	Limite superior
(Constante)	58,81	2,95	19,89	52,97	64,65
FUNGER	0,08	0,02	2,90	0,02	0,14
PREME	0,14	0,03	4,29	0,08	0,21
PRESI	- 0,05	0,02	- 2,62	- 0,09	- 0,01
CONPRO	0,09	0,02	3,59	0,04	0,14

Fonte: autor.

Legenda: FUNGER: Função geral; PREME: Preocupações com a medicação; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional.

Esses fatores resultaram na seguinte fórmula para prever a adesão ao TARV:

$$\text{Adesão ao TARV} = 58,81 + (0,08 * \text{FUNGER}) + (0,14 * \text{PREME}) + (-0,05 * \text{PRESI}) + (0,09 * \text{CONPRO})$$

As médias mais elevadas de qualidade de vida estão relacionadas à adesão estrita (adequada), demonstrando que quanto maior o nível de QV das pessoas que vivem com HIV, maior é sua adesão ao tratamento (Tabela 8).

Tabela 8 – Qualidade de vida HAT-QoL segundo o grau de adesão ao tratamento antirretroviral CEAT-VIH. Santa Maria, 2018

Dimensão de QV	Grau de adesão					
	Baixa adesão		Adesão insuficiente		Adesão estrita	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
FUNGER	41,67	11,79	64,08	24,73	78,10	19,70
SAVI	34,38	22,10	72,82	23,67	82,60	17,82
PRESA	62,50	35,36	64,38	31,42	72,79	28,11
PREFI	16,67	23,57	47,25	36,48	54,41	34,89
PREME	50,00	14,14	81,65	23,45	90,69	13,00
ACEHIV	31,25	44,19	62,38	35,33	70,83	31,59
PRESI	30,00	42,43	49,17	31,17	44,51	32,48
CONPRO	66,67	11,79	71,20	23,19	82,35	20,46
FUSEX	12,50	17,68	79,13	35,67	86,52	27,14

Fonte: autor.

Legenda: DP – desvio padrão. FUNGER: Função geral; SAVI: Satisfação com a vida; PRESA: Preocupações com a saúde; PREME: Preocupações com a medicação; ACEHIV: Aceitação do HIV; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; FUSEX: Função sexual.

#### 4.4.1 O ciclo da qualidade de vida, adesão e os marcadores biológicos

A QV influencia a adesão ao tratamento antirretroviral, a adesão reflete positivamente nos marcadores biológicos, de modo que a supressão viral (CV indetectável) seja alcançada assim como a manutenção ou aumento dos linfócitos TCD4+, implicando em uma vida mais saudável e próxima à de pessoas não infectadas pelo HIV.

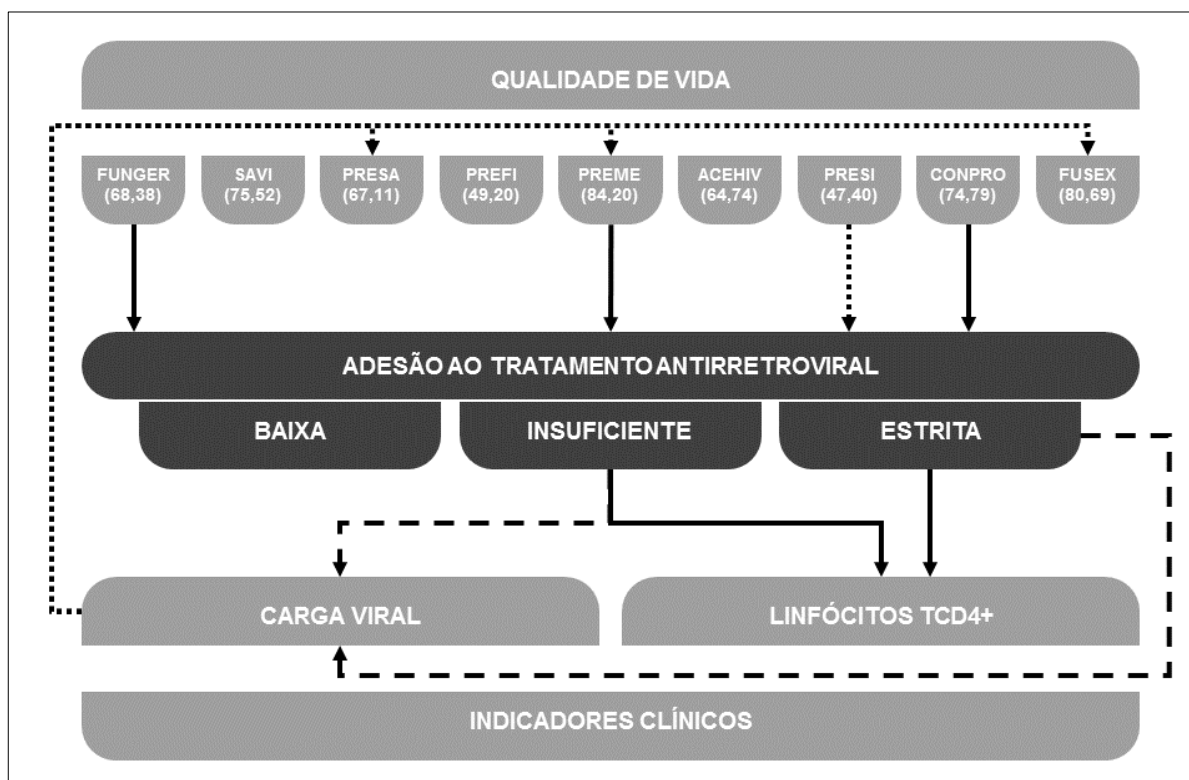
Foi verificado o impacto significativo ( $p = 0,00$ ) da adesão na CV circulante. A adesão estrita, considerada ideal, eleva em 148% a chance de o paciente ter CV circulante indetectável, enquanto a adesão insuficiente eleva em 74% essa chance quando comparados aos pacientes com adesão baixa.

Da mesma forma que na CV, foi verificado o impacto significativo ( $p = 0,01$ ) da adesão nos linfócitos T-CD4+. Os pacientes com adesão estrita aumentam em 225% a chance de possuírem linfócitos T-CD4+ superiores a  $500/\text{mm}^3$ , enquanto os pacientes com adesão insuficiente aumentam em 62,5% esta chance quando comparados aos pacientes com adesão baixa.

Ao serem avaliados o impacto dos indicadores clínicos na QV, foi verificada sua influência nas dimensões de preocupação com a saúde (PRESA), preocupação com a medicação (PREME) e função sexual (FUSEX). A CV superior a 50 cópias/ml do vírus reduz de forma significativa ( $p = 0,05$ ) em até 12,58 pontos os escores da dimensão PRESA, assim como reduz em até 10,72 pontos os escores da dimensão PREME ( $p = 0,01$ ) e em 10,45 pontos os escores da dimensão FUSEX ( $p = 0,05$ ).

Estar saudável promove QV e dessa forma podemos compreender a relação de QV e adesão como um ciclo que não deve ser rompido. A figura 3 demonstra a relação encontrada das dimensões de QV que estão estatisticamente relacionadas à adesão, a influência desta última nos marcadores biológicos e conseqüentemente a influência destes novamente na QV, formando assim o ciclo da QV das pessoas que vivem com HIV e que estão em tratamento antirretroviral.

Figura 3 – Ciclo da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV e estão em tratamento antirretroviral. Santa Maria, 2018



Fonte: autor.

Legenda: FUNGER: Função geral; SAVI: Satisfação com a vida; PRESA: Preocupações com a saúde; PREME: Preocupações com a medicação; ACEHIV: Aceitação do HIV; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; FUSEX: Função sexual.

.....▶ Quando o elemento anterior interfere no valor do próximo de forma prejudicial (negativamente).

---▶ Quando o elemento anterior interfere no valor do próximo de forma a cooperar (positivamente).

————▶ Quando o elemento anterior eleva o valor do próximo de forma a cooperar (positivamente).

A Figura 3 nos permite sintetizar os resultados deste estudo, tornando visuais os pontos passíveis de intervenção neste modelo cíclico de qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral.

Quando analisamos as dimensões da qualidade de vida (QV) distribuídas no componente um (topo da figura 3), percebemos que existem setas que levam algumas dimensões até o segundo componente referente aos graus de adesão. As setas que tem o traço contínuo e que partem das dimensões de função geral (FUNGER), preocupação com a medicação (PREME) e confiança no profissional (CONPRO), indicam que há associação entre estas dimensões e o aumento do grau de adesão ao tratamento. No entanto, a seta pontilhada, que parte da dimensão da preocupação

com o sigilo (PRESI), compromete a adesão.

A partir do segundo componente (adesão ao tratamento antirretroviral), dividido nos três graus de adesão distintos (baixa, insuficiente e estrita) há setas que chegam aos indicadores clínicos (componente três). Estas revelam que a adesão insuficiente e estrita proporcionam o aumento das células de defesa do organismo (linfócitos T-CD4+), portanto a seta que liga os componentes da adesão até os indicadores clínicos dos linfócitos T-CD4+ também tem seu traço contínuo, denotando aumento do componente seguinte e de forma positiva.

Entretanto, ao observar setas que emergem da adesão estrita e insuficiente e se ligam à CV dos indicadores clínicos, nota-se que o desenho da seta é tracejado, isso demonstra que o componente anterior tem a capacidade de diminuir o componente seguinte, ou seja, adesão estrita e insuficiente diminuem a CV circulante. Então, as setas tracejadas, da mesma forma que as pontilhadas, diminuem o componente seguinte ao qual estão ligadas, no entanto, no caso das setas tracejadas, isso é positivo, pois a diminuição da CV é benéfica ao organismo das pessoas que vivem com HIV, indicando sua adesão aos ARV.

Finalmente, ao verificarmos as setas pontilhadas que ligam o componente da CV dos indicadores clínicos às dimensões da QV, pode-se dizer que há diminuição dos escores destas dimensões e fecha-se o ciclo. Contudo, isto só é verificado quando há CV acima do que reconhecemos como supressão viral, ou seja, CV alta é prejudicial à QV.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

A mensuração da adesão ao tratamento antirretroviral não é procedimento padronizado e por consequência não há valores ideais que devam ser seguidos para que se estabeleça uma adesão ótima ou ideal. No entanto, a adesão ideal é encontrada a partir da resposta clínica positiva, uma vez que o limiar de adesão ideal considerado é amplo variando desde 80% a 100% (BEZABHE; et al., 2016).

Não obstante a falta de padronização, o CEAT-VIH possibilita mensurar os graus de adesão e propõe a categorização da adesão como baixa/inadequada, insuficiente ou estrita/adequada (REMOR, 2013). Esta última foi verificada para 32,8% dos participantes desta pesquisa. Tal resultado evidenciou o incremento de 16% neste grau de adesão quando comparado a estudo semelhante desenvolvido em 2012 utilizando amostra semelhante a partir do mesmo serviço (ZUGE; et al., 2017).

É importante salientar que entre o período de realização da pesquisa anterior (2012) e a atual (2017) houve a celebração do contrato entre EBSEH e UFSM para a gerência do HUSM em 2013, o que resultou em contratação de novos profissionais médicos especialistas na área de infectologia, aumentando número de consultas no ADI (BRASIL, 2014b). Quanto a isso há que se considerar que em 2015 houve alteração no protocolo indicado pelo MS em que é previsto o tratamento precoce das pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2017a). Também a possibilidade de mais consultas pode proporcionar um acompanhamento de saúde mais frequente, permitindo que falhas no uso dos ARV sejam tratadas de forma mais eficaz, proporcionando aumento de confiança nos profissionais e de experiência nos serviços.

Quando avaliada durante a primeira pesquisa realizada para a validação do CEAT-VIH, no Brasil, na capital do estado do RS, com uma amostra de 59 pessoas infectadas pelo HIV, a adesão estrita foi observada para 20% dos participantes (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). Já em São Paulo (SP) 13,3% dos participantes foram considerados com adesão estrita, sendo que nesta última foram utilizados outros parâmetros combinados ao CEAT-VIH para essa avaliação (DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016). No estado do Ceará (CE), dentre os 74 participantes com idade igual ou maior que 18 anos, 13,5% foram classificados para

adesão apropriada e não houve combinação das avaliações de adesão boa/adequada e estrita (LEMOS; et al., 2016).

Outras pesquisas que utilizaram o CEAT-VIH identificaram índices de adesão estrita em 14,01% dos participantes no Estado da Paraíba (SILVA; et al., 2014), e 36,7% dos homens participantes de estudo em Pernambuco foram considerados com adesão boa, resultado que mais se aproximou ao encontrado neste estudo (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

Em Minas Gerais, também no Brasil, 37,2% dos 129 participantes da pesquisa, apresentaram adesão estrita (RESENDE et al., 2012), bem como os 42% classificados no Espírito Santo (ES) (CASOTTI; et al., 2011), resultados acima dos 32,6% de adesão estrita avaliada na pesquisa em tela.

No entanto, pesquisa no CE não apresentou as outras categorias de adesão, divulgando como resultado somente a adesão inadequada ao tratamento, que foi verificada para 51,3% dos participantes, indicando uso incorreto e/ou descontínuo das medicações (GALVÃO et al., 2015).

A variação nos resultados de adesão estrita mostra a diversidade entre os serviços e amostras populacionais nos diferentes estados do País. Leva-nos a refletir que, apesar da política de saúde para o tratamento ser a mesma em todo território nacional, a estrutura dos serviços de um modo amplo, bem como questões culturais das populações estudadas, pode intervir para que não haja um padrão de adesão ao tratamento.

A comparação destes dados permite refletir em como os serviços que apresentam maiores níveis de adesão ao tratamento alcançam esses valores, e que possam ser traçadas redes de apoio a fim de que os profissionais de saúde compartilhem conhecimento quanto ao sucesso terapêutico alcançado.

Da mesma forma que o Brasil, outros países também utilizaram o CEAT-VIH para avaliar e classificar a adesão ao tratamento. Na Guiné Equatorial, estudo com população total de 141 pessoas maiores de 18 anos mostra que 6,4% dos pacientes apresentaram adesão estrita (SALMANTON-GARCÍA et al., 2015). Enquanto no Peru, um estudo realizado com 389 participantes entre 18 e 60 anos classificou 4,7% como adesão estrita (TELLO-VELÁSQUEZ et al., 2015).

Estudos realizados na Romênia e na Colômbia interpretaram adesão estrita como  $\geq 84$  e  $\geq 87$  pontos, respectivamente, no escore de adesão do CEAT-VIH. A pesquisa realizada na Romênia utilizou além do CEAT-VIH, contagem de pílulas e

avaliação médica, em que 8% dos participantes da pesquisa foram considerados aderentes aos três critérios de adesão, entretanto na Colômbia a porcentagem de participantes com adesão estrita subiu para 15% (DIMA et al., 2013; REMOR, 2013).

Apesar de ser um país em desenvolvimento, a política de enfrentamento à epidemia do HIV no Brasil, principalmente do ponto de vista do tratamento, é bastante robusta. Isso parece refletir nos resultados de adesão estrita, com o Brasil apresentando porcentagens superiores aos dos demais países que não contam com uma política de saúde integral, universal e gratuita para as pessoas que vivem com HIV.

O resultado encontrado nesta e nas demais pesquisas, tanto no Brasil, quanto em outros países, demonstra, além da ampla possibilidade de aplicação do CEAT-VIH em diferentes populações, a notória diferença entre as avaliações de adesão. É perceptível que a adesão é mutável, evento constatado a partir da verificação de resultados distintos a partir da aplicação do mesmo instrumento no mesmo serviço de saúde com amostra semelhante, porém, em períodos diferentes. Portanto, a adesão deve ser avaliada de modo constante, a fim de proporcionar intervenções ao longo do tratamento.

## 5.2 QUALIDADE DE VIDA

O direcionamento de medidas terapêuticas mais apropriadas a partir da avaliação da QV é possível por meio de diferentes domínios que permitem a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos (THE WHOQOL GROUP, 1995). Quando avaliada por meio da escala HAT-QoL, as dimensões que obtiveram os menores escores (médias abaixo de 50 pontos) neste estudo foram as dimensões relacionadas à preocupação com o sigilo (PRESI), e as preocupações financeiras (PREFI).

O escore baixo da PRESI (preocupação com o sigilo) se repete em diferentes estados brasileiros variando entre 31,60 a 52,40 pontos médios no Estado de SP (BORBA; et al., 2014; OKUNO; et al., 2014; REIS; et al., 2011a; TIRADO, 2014), 39,80 e 60,00 pontos no Estado do RS (LOPES; et al., 2011; SILVEIRA; SILVEIRA, F.; MÜLLER, 2016); 43,25 no Espírito Santo (ES) (SOARES; et al., 2015), 36,00 e 79,10 no Estado do CE (GALVÃO; et al., 2015; LEMOS; et al., 2012), observando que a última pontuação foi a única que divergiu das demais médias nesta dimensão.

Quanto às pesquisas realizadas fora do território nacional, a dimensão PRESI (preocupação com o sigilo) evidencia médias mais altas do que as encontradas neste estudo, porém, ainda não se aproximam dos escores mais altos (75 pontos médios), sendo avaliada apenas no Zimbábue (64,40) e Índia (68,93) (MAFIRAKUREVA; et al., 2016; SHENOY; et al., 2014).

A preocupação com o sigilo (47,40 pontos) se refere a não revelação de diagnóstico, e está relacionada principalmente com o estigma e a discriminação que as pessoas que vivem com HIV sofrem. Ainda, segundo estudos que relacionaram as dimensões do HAT-QoL aos dados sociais e demográficos, apontam que a PRESI se relaciona com pessoas de idade avançada e adultos jovens, bem como com situação financeira mais vulnerável (JESUS; et al., 2017; REIS; et al., 2011a; SOARES; et al., 2015).

Outra dimensão que ficou com escores de QV abaixo dos 50 pontos médios, foi a PREFI (preocupações financeiras). Dados semelhantes foram observados em estudos desenvolvidos no RS com pontuação de 29,20 e 49,10 pontos (LOPES; et al., 2011; SILVEIRA; SILVEIRA, F.; MÜLLER, 2016). Em SP os resultados apresentaram variação entre 32,60 e 55,64 pontos (BORBA; et al., 2014; OKUNO; et al., 2014; REIS; et al., 2011; TIRADO; et al., 2014), no CE as pontuações médias alcançadas foram de 41,70 e 62,70 pontos (GALVÃO; et al., 2015; LEMOS; et al., 2012) e o Estado do ES evidenciou a média de 39,40 pontos (SOARES; et al., 2015).

Em outros países, a preocupação financeira prevalece tanto no Zimbábue (40,60) (MAFIRAKUREVA; et al., 2016), quanto nos Estados Unidos da América (47,62) (FEKETE; et al., 2016).

A PREFI (preocupações financeiras) é percebida na maioria dos estudos como influência negativa nos escores de QV. Apesar deste estudo não ofertar este tipo de comparação, demais pesquisas relacionam esta preocupação a ao fato de ser adulto com idade entre 30 e 44 anos, com nenhuma escolaridade ou analfabetos, desempregados e com renda menor que um salário mínimo (REIS; et al., 2011; SOARES; et al., 2015). Portanto, fatores de vulnerabilidade social, baixa renda e escolaridade, podem estar interferindo na QV desta população.

Em contrapartida os valores acima de 75 pontos médios para QV, elencaram a dimensão relacionada à satisfação com a vida (SAVI), esta se refere ao quanto a pessoa desfrutou e esteve no controle de sua vida, nível de atividade social alcançado e o fato de estar saudável. Neste estudo, 75,52 pontos nesta pesquisa. Tem-se na



literatura estudos com médias altas, um realizado no ES (78,54 pontos) e outro no RS (87,50 pontos). Destaca-se que o resultado deste último estudo é exposto pela mediana, e não pela média, que é habitualmente usada para exposição dos resultados da escala HAT-QoL (LOPES; et al., 2011; SOARES; et al., 2015).

Os demais estudos obtiveram valores que variaram entre 25,05 a 71,90 pontos médios de QV, verificando grande variação entre os escores de QV nessa dimensão (BORBA; et al., 2014; GALVÃO; et al., 2015; LEMOS; et al., 2012; OKUNO; et al., 2014; REIS; et al., 2011; SILVEIRA; SILVEIRA, F.; MÜLLER, 2016; TIRADO; et al., 2014).

A SAVI pode estar associada com melhor renda, ter vínculo empregatício ou estar aposentado, demonstra que pessoas que possuem renda fixa, tem maiores condições de desfrutar de suas vidas, sentindo-se no controle dela, utilizando do trabalho, muitas vezes, como momento de socialização. Ainda, por possuírem melhores condições financeiras, podem levar um estilo de vida mais saudável, provocando bons resultados na avaliação de QV para esta dimensão (REIS; et al., 2011; SOARES; et al., 2015).

A dimensão que abrange a função sexual (FUSEX) obteve bons resultados na pesquisa em tela (80,69 pontos), resultado inferior apenas ao encontrado em estudo no Estado do CE, que obteve valores médios de 91,30 pontos (GALVÃO; et al., 2015). Entretanto, a FUSEX obteve escores sempre abaixo dos 75 pontos nas demais pesquisas, variando entre 45,96 e 73,10 pontos médios (BORBA; et al., 2014; LEMOS; et al., 2012; LOPES; et al., 2011; OKUNO; et al., 2014; REIS; et al., 2011; SILVEIRA; SILVEIRA, F.; MÜLLER, 2016; SOARES; et al., 2015; TIRADO; et al., 2014).

Internacionalmente, o desempenho foi abaixo do apresentado nesta pesquisa, tanto no Zimbábue (47,00 pontos) quanto nos Estados Unidos da América (59.64 pontos), porém a Índia apresentou altos escores (97.06 pontos) nesta dimensão (FEKETE; et al., 2016; MAFIRAKUREVA; et al., 2016; SHENOY; et al., 2014).

Ter vida sexualmente ativa é importante para que essa dimensão tenha bons escores, da mesma forma que ter um parceiro fixo ou ser casado também. Muitas vezes, as pessoas que tem HIV têm medo de se relacionar sexualmente com outras pessoas pelo risco de transmissão, de forma que, quando em um relacionamento estável, o diálogo entre o casal facilita a compreensão dos riscos e o medo é sanado a partir do suporte social recebido (MARCHI, 2014).

Quanto à dimensão que corresponde à preocupação com a medicação (PREME), os resultados presentes na literatura, em território nacional tiveram variação de 79,80 a 88,72 pontos (GALVÃO; et al., 2015; OKUNO; et al., 2014; REIS; et al., 2011; SOARES; et al., 2015). Nas pesquisas internacionais, exceto os Estados Unidos da América, que não apresentou pontuação para esta dimensão, obtiveram escores tão altos e melhores (86.70 pontos no Zimbábue, e 91.38 pontos na Índia) que os apresentados no presente estudo (84,20 pontos) (MAFIRAKUREVA; et al., 2016; SHENOY; et al., 2014).

Outro fator que interfere na QV das pessoas que vivem com HIV é a depressão, estudos comprovam que indivíduos clinicamente diagnosticados com diferentes graus de depressão, apresentam pontuações menores dentro das dimensões avaliadas (REIS; et al., 2011b; SELVARAJ; et al., 2013), assim o cuidado integral para essa população se faz necessário.

Os achados evidenciam que a QV deve estar em constante avaliação de modo que, apesar de não haver padronização dos escores verificados em todas as pesquisas citadas, tanto nacional quanto internacionalmente, as dimensões com abrangência de preocupações financeiras e de quebra de sigilo foram observadas em praticamente todos os estudos.

### 5.3 QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO

A condição crônica da infecção pelo HIV e o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com o vírus trouxe à tona aspectos relacionados a QV e a adesão à TARV, pois estes devem ser mantidos de forma satisfatória ao longo do tratamento destas pessoas. Perceber a posição do indivíduo em sua vida, seu contexto cultural, sistemas de valores, objetivos, padrões e preocupações se torna importante para avaliar que a QV pode impactar na adesão a terapia antirretroviral (WHO, 1995).

Quando utilizada a escala de avaliação de QV da OMS, houve correlação com adesão nos domínios referentes às questões psicológicas, nível de independência, relações sociais e o ambiente, demonstrando que estes domínios têm contribuição na adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV (CALVETTI; et al., 2014).

Além disso foram observados resultados estatisticamente significativos para as dimensões física e espiritual quando correlacionadas com adesão, da mesma forma

que as pessoas classificadas como em “não adesão” apresentam os piores escores médios para a QV conforme a escala da OMS (SILVA; et al., 2014).

Em contrapartida, em Portugal, todos os domínios avaliados para QV a partir da escala da OMS, apresentaram correlações positivas quando verificadas a partir da avaliação de adesão do CEAT-VIH, sugerindo que os indivíduos com maior adesão, apresentam maior QV (REIS; et al., 2010).

No entanto não são todas as dimensões da QV que possuem impacto relevante na adesão ao tratamento antirretroviral a partir da utilização da escala de QV HAT-QoL. As evidências presentes da literatura reforçam os resultados obtidos neste estudo, no qual foi verificado que as dimensões FUNGER, PREME e CONPRO elevam a adesão ao tratamento antirretroviral, já a dimensão PRESI reduz esta adesão, quando correlacionadas à avaliação de adesão do CEAT-VIH.

A evidências que suportam que as dimensões relativas à preocupação com a medicação (PREME) e a confiança no profissional (CONPRO), relacionadas à QV, foram estatisticamente significativas quando correlacionadas com a pontuação de adesão (GALVÃO; et al., 2015). Da mesma forma que os achados deste estudo, pode-se dizer que as preocupações com as medicações e a confiança no profissional são fatores da QV que podem influenciar na adesão ao tratamento antirretroviral.

A FUNGER, preocupações gerais, relacionadas com atividades laborais e do dia-a-dia, é percebida como um estimulador para a adesão, isso se deve ao fato, provavelmente das pessoas possuírem uma rotina e dessa forma conseguem cumprir seu tratamento de forma mais eficaz. Até mesmo mantendo bons níveis de atividades física, promovidos pela sua preocupação com a saúde por já possuírem uma condição de saúde relacionada ao HIV.

Da mesma forma que ter bons escores com a preocupação com medicações (PREME) e esta dimensão intervir na adesão de forma positiva. Isso demonstra que fazer o uso das medicações não atrapalhou o cotidiano de vida dessas pessoas, sequer promoveu efeitos colaterais significativos. O fato do uso dos ARV não prejudicar o cotidiano de vida, faz com que as pessoas se tornem aderentes ao tratamento, promovendo melhora clínica.

A preocupação com o sigilo (PRESI) e aceitação da condição de saúde podem ser trabalhados em equipe para que as pessoas que vivem com HIV sintam-se mais confortáveis com o fato de viverem com esta condição de saúde. Estas preocupações podem impossibilitar que o tratamento seja realizado de forma correta se houver medo

de estigma e preconceito, comprometendo doses dos ARV em momentos que não estão com pessoas de seu convívio diário.

As preocupações com o sigilo, com a medicação e as atividades gerais do dia-a-dia só são passíveis de avaliação e intervenção quando há a confiança no profissional (CONPRO) que presta o cuidado contínuo das pessoas que vivem com HIV. A boa relação entre o profissional de saúde e o paciente permite, baseada em confiança, que as prescrições relativas ao tratamento sejam cumpridas em sua totalidade.

Portanto, os profissionais de saúde devem ter conhecimento da avaliação da QV de seus usuários, de forma a compreenderem os aspectos da QV que interferem na adesão. Desta forma, com incremento da adesão ao tratamento, se observará melhora das condições clínicas do paciente, aumento de linfócitos TCD4+ e redução (supressão) da CV.

Ao observarmos melhora dos marcadores biológicos relacionados ao HIV, a QV também deve aumentar gerando um ciclo no processo de cuidado que se retroalimenta (Figura X). A compreensão de que, em meio a esse processo, a melhor forma de intervir é pela alteração da QV, pois antes de termos adesão, como para indivíduos que iniciaram TARV ou que ainda irão iniciar, a QV pode ser mensurada tanto antes quanto durante o tratamento, possibilitando ajustes prévios ao uso dos ARV. Para tanto, o HAT-QoL pode ser utilizado de forma sistemática para avaliar estes pacientes e promover alterações positivas em sua condição de saúde, uma vez que se trata de um instrumento específico para este fim.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a qualidade de vida de pessoas com HIV fica comprometida, principalmente, pela preocupação com o sigilo e preocupação financeira. Foi verificado, que na grande maioria dos demais estudos que utilizaram a escala HAT-QoL estas mesmas dimensões foram as mais comprometidas. O profissional de saúde deve estar preparado para intervir, quando possível, junto às dimensões mais prejudicadas de qualidade de vida. O estigma e preconceito podem ser trabalhados em equipe, e os problemas financeiros, ou medos relacionados à renda limitada que estas pessoas podem estar sujeitas, podem ser analisados e esclarecidos por outros profissionais como o assistente social. Estas avaliações e encaminhamentos podem ser realizados pelo enfermeiro.

A adesão ao tratamento também foi uma variável avaliada. A pontuação obtida a partir do CEAT-VIH avaliou que pouco menos de um terço da amostra tem adesão adequada ao tratamento. No entanto percebeu-se que outras avaliações de adesão, como por exemplo, a adesão insuficiente ainda é capaz de intervir na melhoria dos indicadores clínicos sensíveis ao uso dos ARV. É possível definir a adesão, não como uma meta ou porcentagem a ser seguida ou alcançada, mas sim como a capacidade dos marcadores biológicos reagirem de forma positiva aos medicamentos. Isso já foi constatado na literatura, mas deve-se atentar para a resistência aos medicamentos e mutações virais, possibilidades da não adesão.

Ainda, é constatado que a qualidade de vida, na forma de suas dimensões interferem na adesão ao tratamento antirretroviral. A preocupação com o sigilo, já mencionada como um dos menores escores percebidos na avaliação da qualidade de vida, é também a dimensão que interfere negativamente nos níveis de adesão. Em contrapartida, a confiança no profissional e a preocupação com as medicações são benéficas nessa relação. Promover vínculo entre profissional e usuário é imprescindível para o sucesso do tratamento. Este vínculo se traduz em confiança e isso reflete em aceitação dos cuidados prescritos. Atrelado à aceitação da prescrição e do bom relacionamento com o profissional de saúde, está o uso correto dos ARV, a preocupação com a medicação pode ser entendida como promotora de adesão pelo entendimento do usuário que os medicamentos prescritos são necessários para uma vida mais saudável, resultando em adesão.

Por fim, a relação da qualidade de vida com a adesão promove bons resultados clínicos. Ficou evidente que valores de carga viral maiores de 50 cópias por decímetro cúbico de sangue, comprometem dimensões da qualidade de vida. Preocupações com a saúde, com as medicações e com a função sexual podem ser comprometidas, ou seja, seus escores médios poderão sofrer quedas. Dessa forma se desenvolve um ciclo entre qualidade de vida, adesão ao tratamento antirretroviral e resposta clínica aos ARV.

A avaliação da qualidade de vida e da adesão podem ser incorporadas na atenção a saúde desta população. A qualidade de vida pode ser verificada antes mesmo do início da terapia, promovendo cuidados específicos em dimensões que podem vir a ser preditoras de não adesão. Sua avaliação deve ser contínua, assim como a adesão, da mesma forma que os exames laboratoriais já são instituídos como rotina. Ter a disponibilidade de instrumentos específicos para esta população, validados e ajustados para nossa cultura, como é o caso do CEAT-VIH e da escala HAT-QoL, facilita a avaliação destes indicadores e sua implementação nos serviços de saúde.

A prevenção e promoção da saúde a partir de cuidados não farmacológicos, que não demandem elevados custos com tecnologias farmacológicas ou procedimentos com altos custos podem ser incorporados aos serviços de saúde especializados ao cuidado de pessoas vivendo com HIV. Ter o entendimento de que a qualidade de vida é medida por dimensões, e que cada dimensão pode apresentar um resultado, facilita na hora de propor intervenções. Isso se justifica, pois há o impacto direto na adesão que é o maior determinante da resposta terapêutica atualmente. A adesão pode ser reconhecida como resposta à epidemia causada pelo HIV, resultando em supressão viral, no combate à mutação virológica, e na não transmissão do vírus aos demais indivíduos não infectados.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem ter conhecimento das ferramentas de avaliação destes indicadores, precisam ser capacitados para seu uso, e devem auxiliar na atenção direta e na implementação destas tecnologias em seus serviços. A promoção da qualidade de vida tem seu impacto na adesão verificado, então, dessa forma, deve ser levada em consideração para o cuidado integral às pessoas vivendo com HIV.

Como limitações deste estudo, a avaliação em um único momento (transversal) sem a possibilidade de intervir nos pontos evidenciados como frágeis frente à

avaliação de qualidade de vida e adesão aos antirretrovirais. Outra limitação fica por conta de não haver outros estudos que avaliem e correlacionem a qualidade de vida e adesão utilizando como instrumentos de coleta de dados o HAT-QoL e o CEAT-VIH. Desta forma, estão abertas as possibilidades de novas avaliações em cenários e culturas diferentes.

## REFERÊNCIAS

ALTICE, F. L.; FRIEDLAND, G. H. The era of adherence to HIV therapy. **Ann. Intern. Med.**, v. 129, n. 06, p. 503-5, 1998.

BEZABHE, W. M. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis. **Medicine (Baltimore)**. v. 95, n. 15, e3361, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003361>> Acesso em: 15 dez. 2017.

BORBA, K. B. Estudo comparativo do desempenho do WHOQoL-HIV-Bref e do HIV/AIDS - target quality of life na avaliação de qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV/AIDS. **ACM arq. catarin. med.**, v. 43, n. 3, p. 26-31, jul./set. 2014.

BRASIL. Contrato nº 263/2013 firmado entre a Universidade Federal de Santa Maria e a empresa CONTRATAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH), assinado em 17 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2014b. Seção 3, p. 63.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 416 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF. 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Brasília, DF, 2008.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-17, abr. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CALVETTI, P. Ü. et al. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 8-15, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000002>>



CANINI, S. R. M. da S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 940-45, dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000600014>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CASOTTI, J. A. et al. Factors associated with paradoxical immune response to antiretroviral therapy in HIV infected patients: A case control study. **BMC Infect Dis**, v. 11, p. 306, 2011. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2334-11-306>> Acesso em: 15 dez. 2017.

COSTA, J. S. D. da; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, mar. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100018>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

DAGLI-HERNANDEZ C. et al. Selfperception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. **Patient Prefer Adherence**, v. 10, p. 1787-93, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/PPA.S112108>> Acesso em: 15 dez. 2017.

DIMA, A. L. et al. Adherence to ARV medication in Romanian young adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. **Psychol Health Med**, v. 18, n. 3, p. 343-54. 2013.

FEKETE, E. M. et al. Gender differences in disclosure concerns and HIV-related quality of life, **AIDS Care**, v. 28, n. 4, p. 450-4, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1114995>> Acesso em: 15 dez. 2017.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. São Paulo. Artmed, 2009.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, feb. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

GALVÃO, M. T. G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 48-53, fev. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-49, ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400019>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

HULLEY, S. et al. **Designing clinical research: an epidemiologic approach**. 4 ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

JELSMA J; et al. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. **AIDS Care**, v. 17, n. 5, p. 579-88, 2005.

JESUS, G. J. de. et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-7, mai., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LAGO, R. F. do; COSTA, N. do R. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3529-40, nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900028>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LEMOS, L. de A. et al. Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. supl. 1, p. 41-7, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800007>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LOPES, P. de S. D. et al. Qualidade de vida dos pacientes hiv positivo com mais de 50 anos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 356-60, out./dez. 2011.

MAFIRAKUREVA, N. B. et al. Health-related quality of life in HIV/AIDS patients on antiretroviral therapy at a tertiary care facility in Zimbabwe, **AIDS Care**, v. 28, n. 7, p. 904-12, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1173639>> Acesso em: 15 dez. 2017.

MALASSIOTIS, A.; et al. Factors as sociated with adherence to antiretroviral medication in HIV 1 infected patients. Int. **J.STD & AIDS**. v. 13, n. 5 p. 301-10, 2002.

MARCHI, M. C. **SUPORTE SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS** [dissertação de mestrado]. Santa Maria: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 2014.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. **INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA: prática técnica e social (os sentidos das ações de saúde)**. Instituto de Saúde da Comunidade. Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFF, Campinas, 2002.

MONTANER, J. S. et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV treatment as prevention" experience in a Canadian setting. **PLoS ONE.**, v. 9, n. 2, p. 878-72. 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087872>> Acesso em: 15 dez. 2017.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; COSTA, S. F. G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, out./dez. 2014.

MOSER, A. M. M.; TRAEBERT, J. Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

OKUNO, M. F. P. et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-59, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095613>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF, 2003. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 11 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013. 596 p.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1201-08, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre. ArtMed. 2011.

REIS, A. C. et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 420-29, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300002>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-75, set. 2011a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300019>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

REIS, R. K. et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011b.

REMOR E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). **Patient**, v. 6, n. 2, p. 61-73, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>.

REMOR, E. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV+ Colombian Population. **SAGE Open**, p. 1-7, 2013.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. **Psicothema**, v. 14, n. 2, p. 262-7, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 685-94, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção Estadual de Controle das IST/Aids. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids**. Porto Alegre. Secretaria de Estado da Saúde/Escola de Saúde Pública, 2016.

RODRIGUES, R.L.; et al. Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Bras. Clin. Med.** v.7, p. 153-60, 2009.

ROIT, I.; BROSTOFF, J.; MALE, D. **Imunologia**. 6 ed. Barueri, SP: Manole, 2003.

SALDANHA, J. S.; ANDRADE, C. S.; BECK, S.T. Grau de adesão ao tratamento com antirretrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. **Saúde Santa Maria**. v. 35, p. 4-9, 2009.

SALMANTON-GARCÍA, J. et al. Self-reported adherence to antiretroviral therapy in HIV+ population from Bata, Equatorial Guinea. **AIDS Care**. At: 05:48, dec. 2015.

SCHEFFER, M.C. **Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde** [tese de doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2008.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 2305-16, out. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SELVARAJ, V. et al. Association of quality of life with major depressive disorder among people with HIV in South India, **AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV**, 25:2, 169-172, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.689809>> Acesso em: 15 dez. 2017.

SHENOY, A. et al. Effect of Lipodystrophy on the Quality of Life among People Living with HIV (PLHIV) on Highly Active Antiretroviral Therapy. **J Int Assoc Provid AIDS Care**. v. 13, n. 5, p. 471-5, set./out., 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2325957413488205>> Acesso em: 15 dez. 2017.

SILVA, A. C. de O. e. et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

Ribeirão Preto., v. 22, n. 6, p. 994-1000, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3534.2508>> Acesso em: 15 dez. 2017.

SILVEIRA, M. P. T.; SILVEIRA, M. F.; MULLER, C. H. Quality of Life of Pregnant Women Living with HIV/AIDS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 246-252, mai. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584164>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SOARES, G. B. et al. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-84, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00522014>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SÓAREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 25, n. 1, p. 69-76, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000100011>> Acesso em: 15 dez. 2017.

SOUZA, B. B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Care.**, v.1, n.1, p. 23-26, 2010.

SOWELL, R. L. Identifying HIV/aids research priorities of the next millennium: a Delphi study with nurses in Aids Care. **J Assoc Nurses Aids Care**, v. 11, n. 3, p. 42-52, 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(06\)60275-6](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(06)60275-6)> Acesso em: 15 dez. 2017.

TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (orgs). **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS. p. 139-43, 2000.

TELLO-VELÁSQUEZ, J. R. et al. La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con infección por VIH/SIDA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 989-1002, mai. 2015.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization of Life assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41:1403-09, 1995.

TIRADO, M. do C. B. do A. et al. Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 228-32, mai. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203201400050008>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**, Geneva: UNAIDS, 2015.

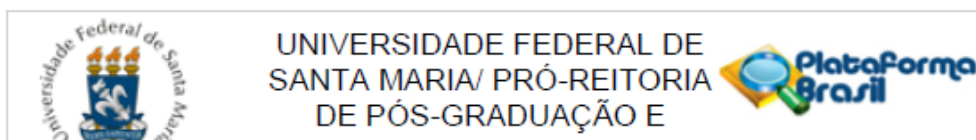
UNAIDS. **Ending AIDS**. Progress towards the 90–90–90 targets. Global Aids Update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2017.

VELOSO, A.C.R.; FINK, H.T.K.; LIMA, L.M.P. Resistência genotípica do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 aos antirretrovirais: revisão. **Comunicação, Ciência e Saúde**. v. 21, n. 1, p. 49-59, 2010.

ZÜGE, S. S. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 4, p. 577-89, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769225657>> Acesso em: 15 dez. 2017.



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – CEP/UFSM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O USO DE MENSAGENS DE TEXTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

**Pesquisador:** Stela Maris de Mello Padoin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54293916.6.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.538.216

#### Apresentação do Projeto:

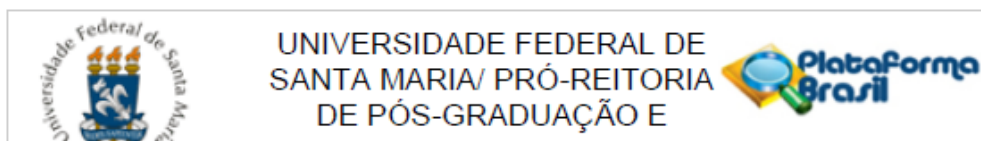
A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e pela sua condição de doença crônica e sem cura configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. O tratamento antirretroviral proporciona sobrevida às pessoas infectadas pelo HIV por meio da supressão da carga viral e aumento de linfócitos T CD4+ na corrente sanguínea.

Aproximadamente 30 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no mundo, e no Brasil, estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas estão infectadas pelo HIV (BRASIL, 2014).

No Brasil há políticas específicas às pessoas com infecção pelo HIV, como a de prevenção e a distribuição gratuita dos medicamentos do tratamento antirretroviral (TARV), com conseqüente melhoria da condição de saúde dessa população. Apesar do TARV estar em constante evolução, a sua adesão é um problema que afeta a resposta terapêutica. A eficácia do TARV está relacionada a sua adesão, no entanto, a sua manutenção durante todo o tratamento é um problema.

A associação entre expectativa de autoeficácia e o maior suporte social é percebido em pessoas infectadas pelo HIV, principalmente nos de escolaridade inferior a sete anos.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.538.216

A intervenção em estratégias de melhoria na adesão ao tratamento antirretroviral é essencial para se prevenir o desenvolvimento de resistência viral, visto que esta além de repercutir na saúde individual, também está associada à redução da transmissão da infecção em nível coletivo.

Estratégias de avaliação da adesão à TARV tem sido empregados para reconhecer os fatores que influenciam, para a realização de intervenções que possibilitem aperfeiçoar o cuidado à saúde.

Nesse sentido, várias intervenções comportamentais para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral em diferentes populações têm sido desenvolvidas e avaliadas nos últimos anos. Intervenções baseadas em tecnologia, tais como o uso de telefone e/ou telefones celulares, podem ser empregados para prevenção da transmissão do HIV, entretanto o seu uso para o aumento da adesão ao tratamento antirretroviral não tem sido utilizado.

De que maneiras essas tecnologias possibilitariam o profissional de saúde atuar de forma direta na adesão?

Nesse sentido, este projeto de pesquisa possui como questão norteadora de pesquisa: Qual a influência do uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas infectadas pelo HIV?

Hipótese de pesquisa: o uso de mensagens de texto resulta na melhora da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas infectadas pelo HIV.

Metodologia: o desenho proposto para realização da pesquisa será experimental, visto que é aplicado a estudos controlados e com randomização aleatória dos participantes.

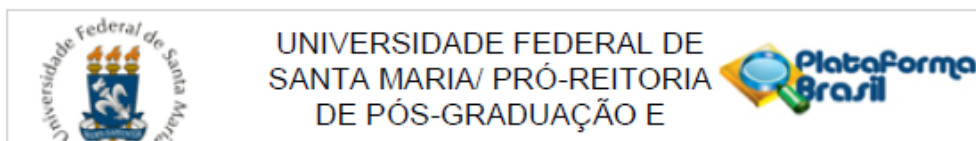
Na presente proposta de estudo pretende-se aplicar uma intervenção, tendo como base o suporte social, por meio de mensagens de texto nos grupos intervenção a fim de verificar a alteração da adesão ao tratamento antirretroviral ao longo de seis meses.

Os efeitos desta intervenção serão comparados ao grupo controle que irão receber a intervenção convencional (não são realizados o envio de mensagens de texto com base no suporte social) do serviço de saúde assistente.

Portanto, com este tipo de desenho, será possível verificar se a utilização de mensagens de texto

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.538.216

por meio do celular atingiu os seguintes desfechos em adultos infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral: 1. elevou os escores de adesão ao tratamento antirretroviral? 2. elevou os escores de suporte social percebido? 3. elevou os escores de expectativa de autoeficácia para o tratamento antirretroviral? 4. elevou os escores para qualidade de vida?

A pesquisa será realizada no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

População do estudo: a população de estudo será composta por adultos (idade igual ou maior há 15 anos) infectados pelo HIV e tratamento antirretroviral no referido hospital durante o período da pesquisa.

Os critérios de inclusão para participação no estudo serão: pessoas infectadas pelo HIV e em tratamento antirretroviral; estar em tratamento medicamentoso pelo menos a 3 meses; adultos (idade maior ou igual há 15 anos), conforme critérios da UNAIDS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primários: avaliar se o uso de intervenções realizadas por mensagem de texto influencia na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas infectadas pelo HIV.

Avaliar se o uso intervenções realizadas por mensagem de texto influencia na percepção de suporte social recebido em pessoas em tratamento antirretroviral infectadas pelo HIV.

Avaliar se o uso intervenções realizadas por mensagem de texto influencia na expectativa de auto-eficácia em pessoas em tratamento antirretroviral infectadas pelo HIV.

Avaliar se o uso intervenções realizadas por mensagem de texto influencia na qualidade de vida em pessoas infectadas pelo HIV.

#### Objetivos secundários:

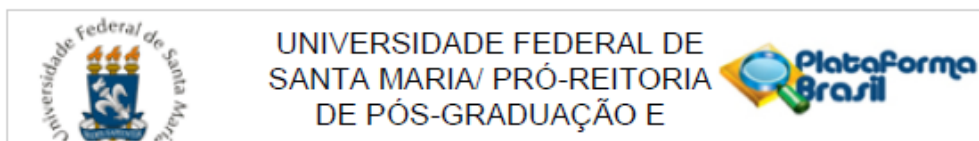
Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos adultos com HIV/AIDS;

Classificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, por meio do Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS;

Identificar o suporte social, por meio da escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS;

Identificar a expectativa de auto eficácia ao tratamento antirretroviral, por meio da escala de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.538.216

expectativa de auto eficácia para seguir a prescrição antirretroviral;  
Identificar a qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são apresentados e embora pequenos são apresentados o encaminhamento do cuidado dos participantes da pesquisa.

O TCLE garante o anonimato do sujeito e deixa claro a voluntariedade. Explica de forma simples os procedimentos a serem realizados e cita eventuais desconfortos advindos dos procedimentos. Os riscos e benefícios são informados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresentado está adequadamente redigido, a declaração sobre divulgação dos resultados, a garantia da confidencialidade e o destino dos dados e a não identificação dos sujeitos de pesquisa foram apresentados.

A forma de obtenção dos dados e seleção da amostra estão descritas no projeto, bem como todos os procedimentos que serão realizados durante a pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados e adequadamente redigidos.

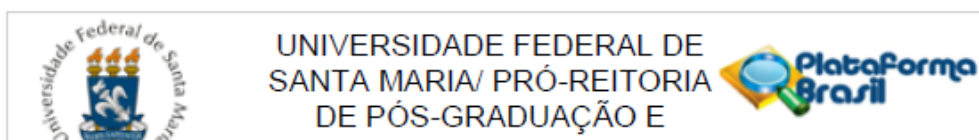
Apresentam um Termo de Confidencialidade que garante o anonimato dos participantes no manejo dos dados.

Foram apresentados os seguintes documentos: Projeto, Registro na UFSM, Autorização Institucional, Folha de Rosto/CONEP, Registro na CONEP e Termo de Confidencialidade.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.538.216

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador responde às questões formuladas no parecer do colegiado do CEP em documento anexado à Plataforma.

Descreve o conteúdo das mensagens de texto que serão apresentadas aos participantes de pesquisa, descreve ainda o meio de comunicação pelo qual será mantido contato com os participantes.

Apresenta o pesquisador o reflexo dos resultados no acompanhamento dos participantes, sugerindo a apresentação dos resultados da pesquisa ao serviço de saúde que acompanha os pacientes para a elaboração de estratégias.

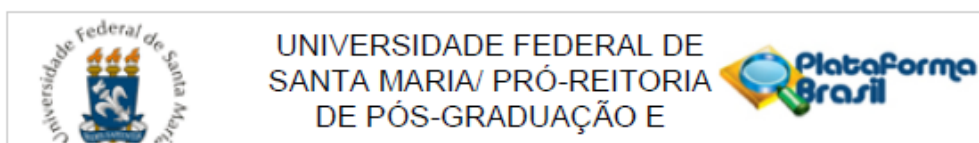
O TCLE que já havia sido apresentado pelo pesquisador apresenta todos os requisitos de apresentação obrigatória exigidos pela Resolução 466/2012.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_675146.pdf	02/05/2016 15:00:50		Aceito
Outros	Resposta_Parecer.pdf	02/05/2016 14:59:42	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Santos_WM.doc	16/03/2016 17:36:45	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	16/03/2016 17:35:55	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2016 17:35:42	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	16/03/2016 17:29:19	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
Outros	sie_2.jpg	16/03/2016	Wendel Mombaque	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 1.538.216

Outros	sie_2.jpg	12:21:10	dos Santos	Aceito
Outros	sie_1.jpg	16/03/2016 12:20:44	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/03/2016 16:25:37	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_HUSM.pdf	07/03/2016 16:11:38	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito
Outros	Aceite_Remor.pdf	07/03/2016 16:08:19	Wendel Mombaque dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 10 de Maio de 2016

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO B – HAT-QoL MANUAL DE PONTUAÇÃO – ADAPTADO DE HIV/AIDS-TARGETED QUALITY OF LIFE INSTRUMENT.

# HAT-QoL\* Manual de Pontuação

\*Adaptado de HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument  
William C. Holmes, M.D., M.S.C.E., 1999.

### Dimensões avaliadas pelo HAT-QoL

1. Função geral, 6 itens
2. Satisfação com a vida, 4 itens
3. Preocupações com a saúde, 4 itens
4. Preocupações financeiras, 3 itens
5. Preocupações com a medicação, 5 itens
6. Aceitação do HIV, 2 itens
7. Preocupações com o sigilo, 5 itens
8. Confiança no profissional, 3 itens
9. Função sexual, 2 itens

### Descrição da pontuação

Todas as dimensões são pontuadas e o escore final de cada dimensão é transformado em uma escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore possível e 100 é o melhor escore possível. A obtenção do escore final da dimensão transformado é feita em quatro passos:

1. Atribua um valor para todas as respostas, item por item, como anotado abaixo. A maioria dos itens será valorada usando o Código A, alguns serão valorados usando o Código B.

<u>Opção de Resposta</u>	<u>Código A</u>	<u>Código B</u>
"Todo o tempo"	1	5
"A maior parte do tempo"	2	4
"Parte do tempo"	3	3
"Pouco tempo"	4	2
"Nunca"	5	1

2. Use o Código A para os seguintes itens: 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 3a, 3b, 3c, 3d, 4a, 4b, 4c, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6a, 6b, 7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 9a, 9b

3. Use o Código B para os seguintes itens: 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 8a, 8b, 8c

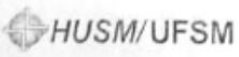
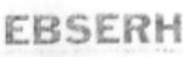
4. Se a resposta para um item em uma dimensão não estiver completa, substitua o item que está faltando pela média dos valores imputados para os outros itens que estão completos (desde que pelo menos metade dos itens tenha sido completada). Por exemplo, se um item de uma dimensão de quatro itens não está completo, e os valores imputados para os outros são "1," "2," e "4," o valor da média a ser imputada para o item que está faltando é "2.33." Se mais da metade dos itens de uma dimensão não está completa, nenhuma substituição deve ser feita e o escore final para essa dimensão deve ser considerado perdido.

5. Some os valores atribuídos para todos os itens de uma dimensão para conseguir o valor total do escore dessa dimensão (abaixo, o valor do escore total imputado para a dimensão função geral será indicado pelo termo "FUNGER", satisfação com a vida por "SAVI", preocupações com a saúde por "PRESA", preocupações financeiras por "PREFI", preocupações com a medicação por "PREME", aceitação do HIV por "ACEHIV", preocupações com o sigilo "DISWO" confiança no profissional por "CONPRO" e função sexual por "FUSEX").


6. Transforme o valor do escore total imputado para cada dimensão para uma escala de 0-a-100 usando a seguinte fórmula:

<b>Função geral:</b>	$\text{FUNGER100} = (100/(30-6)) * (\text{FUNGER}-6)$ <p>Onde FUNGER é o valor total do escore atribuído para a dimensão função geral;</p>
<b>Satisfação com a vida:</b>	$\text{SAVI100} = (100/(20-4)) * (\text{SAVI}-4)$ <p>Onde SAVI é o valor total do escore atribuído para a dimensão satisfação com a vida;</p>
<b>Preocupações com a saúde:</b>	$\text{PRESA100} = (100/(20-4)) * (\text{PRESA}-4)$ <p>Onde PRESA é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com a saúde;</p>
<b>Preocupações financeiras:</b>	$\text{PREFI100} = (100/(15-3)) * (\text{PREFI}-3)$ <p>Onde PREFI é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações financeiras;</p>
<b>Preocupações com a medicação:</b>	$\text{PREME100} = (100/(25-5)) * (\text{PREME}-5)$ <p>Onde PREME é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com a medicação;</p>
<b>Aceitação do HIV:</b>	$\text{ACEHIV100} = (100/(10-2)) * (\text{ACEHIV}-2)$ <p>Onde ACEHIV é o valor total do escore atribuído para a dimensão aceitação do HIV;</p>
<b>Preocupações com o sigilo:</b>	$\text{PRESI100} = (100/(25-5)) * (\text{PRESI}-5)$ <p>Onde PRESI é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com o sigilo;</p>
<b>Confiança no profissional:</b>	$\text{CONPRO100} = (100/(15-3)) * (\text{CONPRO}-3)$ <p>Onde CONPRO é o valor total do escore atribuído para a dimensão confiança no profissional;</p>
<b>Função sexual:</b>	$\text{FUSEX100} = (100/(10-2)) * (\text{FUSEX}-2)$ <p>Onde FUSEX é o valor total do escore atribuído para a dimensão função sexual;</p>

## ANEXO C – REGISTRO NO DEPARTAMENTO DE GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – GEP/HUSM

Universidade Federal de Santa Maria  
 Hospital Universitário de Santa Maria  
 Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM  
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



### REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 096/2015      Data: 24/12/2015

Pesquisador(a): Prof.ª Dr. Stela Maria de Mello Padoin Função: Docente  
 SIAPE: 2093128      Telefone: 55-99713143      Unidade/Curso: PP66  
 E-mail: stela.maria.padoin@hsm.usm.br  
 Título: Uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antenoturno

**TIPO DE PROJETO:**  Pesquisa     Extensão     Ensino     Institucional  
**FINALIDADE:**  TCC     Especialização     Mestrado     Doutorado     Pós-Doutorado  
 Iniciação Científica     Mestrado Profissional     Outros  
 Qual programa: \_\_\_\_\_

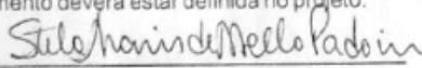
**TIPO DE PESQUISA:**  Inovações Tecnológicas em Saúde     Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde     Epidemiológico     Clínica Epidemiológica Observacional     Infraestrutura     Avaliação de Tecnologia em Saúde     Biomédica (*Sitio Sensu*)     Pré-Clinica     Qualitativa     Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde     Outras Ações de C & T  
 Ensaio Clínico:  Fase I     Fase II     Fase III     Fase IV  
 - Multicêntrico:  Não     Sim, Qual? \_\_\_\_\_

- Período Execução: Ano (Início): 2016    Ano (Término): 2017

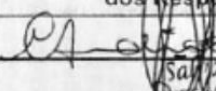
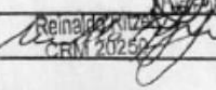
**FUNTE DE FINANCIAMENTO:**  Recursos do Pesquisador     HUSM     Edital Interno UFSM, Qual? \_\_\_\_\_  
 Indústria Farmacêutica     Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc)     Agência de Fomento Internacional     Outros, Qual? \_\_\_\_\_

**GRUPO DE PESQUISA:**  Não     Sim, Qual? \_\_\_\_\_

**OBS:** A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

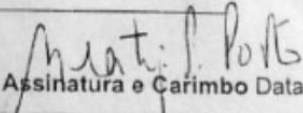
  
 Pesquisador(a) responsável

↳ SETORIAL:      **AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL**

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Sector de Farmacia Hospitalar</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	 Sara Andrade Farmacêutica - CRF/RS 3861 Serviço de Farmácia - HUSM
<u>Div. Gestão de Cuidado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	 Regina de Oliveira CRM 20252 DIVISÃO DE GESTÃO DE CUIDADO HUSM - EBSERH CRP/RS 03894
<u>AUSUB/AVO SI MARIA</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

↳ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: De acordo      Data: 17/02/16

↳ PARECER FINAL GEP/HUSM: APROVADO

  
 Gerente de Ensino e Pesquisa  
 HUSM - EBSERH  
 SIAPE 1146155

Assinatura e Carimbo Data: 17/02/16

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.



## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CEAT-VIH

AUTORIZAÇÃO DE USO DO 'CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADESIÓN AL TRATAMIENTO – VIH' (CEAT-VIH©) Copyright by EDUARDO REMOR

Por este meio, Eu, Prof. Dr. Eduardo Remor, autor e proprietário dos direitos autorais do "Cuestionario para la Evaluación de la Adesión al Tratamiento - VIH (CEAT-VIH©)" em todas suas versões e idiomas, autorizo a Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin (UFSM) e o estudante Wendel Mombaqué dos Santos (Doutorando), o uso do questionário CEAT-VIH versão em português, em seu projeto de pesquisa: "O USO DE MENSAGENS DE TEXTO NA ADESIÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL". Esta autorização não tem limite de prazo, mas é restrita ao presente projeto.

Ademais, e de acordo com a normas: International Test Commission. (2014). ITC Statement On the Use of Tests and Other Assessment Instruments for Research Purposes. Document reference: ITC-S-TU-20140410; lembre-se que:

- 1) O questionário deve ser utilizado no formato fornecido, não é permitida qualquer alteração;
- 2) Não está permitido incluir copia do instrumento em anexos de teses, dissertações ou outros trabalhos de conclusão de curso, nem publicações.
- 3) Não é permitida a divulgação do instrumento, por qualquer meio, digital ou impresso.

O não cumprimento destas normas será penalizado de acordo as leis de direitos autorais.

Cordialmente,



Prof. Dr. Eduardo Remor

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud  
Facultad de Psicología  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

PPG em Psicologia  
Instituto de Psicologia  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



## ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**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**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do estudo: O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral.  
Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin  
Discentes responsáveis: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaqué dos Santos, Enfermeiro Especialista Marcelo Ribeiro Primeira  
Instituição/Departamento: Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria  
Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.  
Local da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

---

Eu, Stela Maris de Mello Padoin, Wendel Mombaqué dos Santos e Marcelo Ribeiro Primeira, responsáveis pela pesquisa intitulada “O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Eu \_\_\_\_\_,  
confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito e que houve o compromisso de manter segredo da nossa conversa. Compreendi que: não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa, e minha escolha será respeitada e que em qualquer momento posso desistir, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento no hospital.

Esta pesquisa pretende avaliar a influência de intervenções realizadas por mensagem de texto na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas infectadas pelo HIV. Acreditamos que ela seja importante porque possibilitariam o profissional de saúde atuar de forma direta na implicação da adesão por meio de recursos tecnológicos, no caso o uso do telefone celular, este que a cada dia possui maior destaque no cotidiano a população mundial, de forma a contribuir para o aumento da adesão ao tratamento antirretroviral. Para sua realização será feito o seguinte: será aplicado um questionário momento inicial, após 3 meses e após 6 meses da data inicial, e durante este período serão enviadas mensagens de texto e mensalmente será realizada uma ligação para confirmação do contato telefônico. Sua participação constará de responder os questionários e aceitar o recebimento das mensagens de texto, assim como a ligação mensal de confirmação.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: o cansaço e o desconforto físico, nesse sentido, as ações serão realizadas por profissionais treinados e qualificados para as ações que serão desenvolvidas no projeto, visando a redução dos possíveis danos. Os benefícios que esperamos com o estudo são de ordem direta, visto que ao ser avaliado o aumento da adesão ao tratamento antirretroviral o acompanhamento poderá ser estendido aos demais pacientes do ambulatório de doenças infecto contagiosas, garantindo uma melhor qualidade de tratamento.

Para caso de tratamento de saúde: É importante esclarecer que, caso você decida não participar, não haverá alteração do seu tratamento realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no Sistema Único de Saúde.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto;

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_,  
após a leitura ou a escuta da leitura deste documento que foi elaborado em duas vias, (sendo que uma ficará com o participante e outra via com os pesquisadores), e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado. Ficou claro para que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como que posso solicitar esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

## ANEXO F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**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**

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Título do estudo: O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral.  
Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin  
Discentes responsáveis: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaque dos Santos, Enfermeiro Especialista Marcelo Ribeiro Primeira  
Instituição/Departamento: Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria  
Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.  
Local da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

---

Eu, Stela Maris de Mello Padoin, Wendel Mombaque dos Santos e Marcelo Ribeiro Primeira, responsáveis pela pesquisa intitulada “O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Eu \_\_\_\_\_,  
confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito e que houve o compromisso de manter segredo da nossa conversa. Compreendi que: não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa, e minha escolha será respeitada e que em qualquer momento posso desistir, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento no hospital.

Este estudo tem como objetivo avaliar a influência de intervenções realizadas por mensagem de texto na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas infectadas pelo HIV. Para isso vou responder algumas perguntas em três momentos, agora, após 3 meses e após 6 meses da data de hoje, e durante este período serão enviadas mensagens de texto para meu telefone celular e mensalmente será realizada uma ligação para confirmação do contato telefônico.

Há possibilidade de risco mínimo, ou seja, posso ter cansaço e o desconforto físico, em função do tempo para participação. Nesse sentido, será proporcionado um tempo livre para a atividade e ações lúdicas durante a coleta de dados, caso seja necessário;

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto;

Os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender de que modo o uso de mensagem de texto enviadas para o telefone celular permite a melhoria do meu tratamento antirretroviral, o que permite melhorias na estrutura e no atendimento de suas necessidades;

Na divulgação desses resultados, meu nome não aparecerá. Assim, ninguém poderá descobrir quem sou eu;

Compreendi, também, que se eu tiver dúvidas sobre este estudo, poderei telefonar a cobrar para: Stela Maris de Mello Padoin (55-99713143). Assim como poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Um

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria/RS. Tel.:(55)32209362 - Fax:(55)32208009. e-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br). Pesquisa aprovada pelo CEP/UFSM em 10/05/2016 com nº do CAEE: 54293916.6.0000.5346

comitê de ética em pesquisa em seres humanos é integrado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você entender que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Caso prefira, você entrar em contato sem se identificar.

Eu entendi que a pesquisa é sobre como as mensagens de texto recebidas no celular podem interferir em como eu tomo os medicamentos para o tratamento que realiza. Também compreendi que fazer parte dessa pesquisa significa que irei responder um questionário três vezes num período de seis meses e irei receber mensagens no meu celular durante esse período. Eu aceito participar dessa pesquisa.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura da criança ou adolescente:

---

Assinatura dos pais/responsáveis

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TALE

**ABEXO G – TERMO DE CONFIDENCILIDADE**

**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**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do estudo: O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral.

Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin

Demais responsáveis: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaque dos Santos e Enfermeiro Especialista Marcelo Ribeiro Primeira

Instituição/ Departamento: Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de questionários, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria. Informam, ainda, que estas informações poderão compor um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referências teóricas.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 10/05/2016, e recebeu o número CAAE 54293916.6.0000.5346.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do pesquisador responsável