

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**RITA DE CASSIA ALBUQUERQUE SOARES**

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS  
EM ADULTOS COM INFECÇÃO PELO HIV/AIDS,  
ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE**

**RECIFE**

**2013**

**RITA DE CASSIA ALBUQUERQUE SOARES**

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS  
EM ADULTOS COM INFECÇÃO PELO HIV/AIDS,  
ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadores:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria de Brito

Prof. Dr. Tiago Maria Lapa

RECIFE

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S676n Soares, Rita de Cássia Albuquerque.

A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/AIDS, atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE/ Rita de Cássia Albuquerque Soares. — Recife: A autora, 2013.

69 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Dr<sup>a</sup> Ana Maria de Brito, Dr. Tiago Maria Lapa.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Adesão à Medicação. I. Brito, Ana Maria de. II. Lapa, Tiago Maria. III. Título.

---

CDU 616.974

**RITA DE CASSIA ALBUQUERQUE SOARES**

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS  
EM ADULTOS COM INFECÇÃO PELO HIV/ AIDS,  
ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria de Brito  
CPqAM/Fiocruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Inês Costa Dourado  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Cynthia Braga  
CPqAM/Fiocruz

Dedico este trabalho a um homem e uma mulher de fé inabalável, dois guerreiros. Sinônimo de sabedoria, humildade, verdade, dignidade e respeito. Ultrapassaram limites. Vencedores. Minha referência, meus dois amores, meus pais: Juarez e Lita.

## AGRADECIMENTOS

Eu não seria capaz de ter realizado este trabalho sem a ajuda de muitos e, para expressar meu reconhecimento aos que acreditaram no meu sonho, gostaria de externar meus agradecimentos a todos que contribuíram de alguma forma no trilhar desta pesquisa:

A Deus, por ter me dado a oportunidade de vivenciar este sonho, que acalento há muitos anos, enriquecendo meus trinta e dois anos de profissão e trazendo um sentido maior a minha vida pessoal;

À Profa. Dra. Ana Maria de Brito, orientadora e amiga, que me inspirou e apresentou um caminho: uma linha de pesquisa apaixonante. Seus conhecimentos, incentivos, serenidade e paciência constantes foram fundamentais para a realização desta pesquisa. Admiro muito seu trabalho, força e determinação. Obrigada por tudo!

Ao Prof. Dr. Tiago Maria Lapa, pelos conhecimentos recebidos, paciência e dedicação ao trabalho de me orientar no processamento e análise estatística dos dados. Muito obrigada!

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) e seus professores do Mestrado profissional em Saúde Pública pelos ensinamentos, pela dedicação ao curso e por estimularem a formação crítica dos mestrandos, acreditando em seu potencial. Guardarei essas lembranças junto ao carinho e à admiração que sinto pela Profa Tereza Lyra, incansável na tarefa de coordenar todos momentos do curso;

Ao Prof<sup>o</sup> e amigo querido, Dr. Mauro da Silveira Castro, minha referência no “ser farmacêutico”. Obrigada!

À Profa. Dra. Ana Lucia Fontes de Souza Vasconcelos, professora muito querida do curso preparatório para pós-graduação, pelos ensinamentos, por nos fazer acreditar que daria certo, por nos aproximar deste universo da pesquisa científica;

Aos funcionários e parceiros de trabalho do setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e dos outros setores que fazem o 5º andar do ambulatório do hospital das clínicas, pelo acolhimento, o grande apoio e incentivo que deram a este estudo, meus sinceros agradecimentos;

Ao Superintendente do Hospital das Clínicas Prof<sup>o</sup> Dr. George da Silva Telles, a Diretora Médica, Dra Iaracy Melo, ao Diretor de Ensino, Prof. Dr. Ângelo Rizzo e ao Coordenador de Apoio a Terapêutica e ao Diagnóstico, Dr. Alexandre Guedes pelo apoio recebido para a realização deste trabalho;

Aos funcionários da secretaria acadêmica do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz, pela atenção dispensada sempre com presteza e gentileza;

Ao Programa Estadual de DST/Aids, na pessoa do Coordenador Dr. François Figueiroa e toda sua equipe, pelo apoio incondicional para realização desta pesquisa;

Aos amigos que fiz na turma do Mestrado, à José Luiz Magalhães em especial, amigo de longa data, quis o destino estarmos juntos nesse momento. Compartilhamos nossas experiências e opiniões. Com muitos momentos alegres e motivos para comemoração. O meu agradecimento maior a todos pelo apoio recebido em um dos momentos mais difíceis da minha vida, o adoecimento e falecimento da minha mãe, neste período. Obrigada;

À minha família, cujo amor reside nas suas diferentes formas de expressão;

Aos meus melhores amigos, de perto e de longe, antigos e novos, frações inseparáveis da minha história. Em especial a Leonardo Vicente Glazar, sempre presente. Obrigada pelo apoio em todos os momentos e pelo companheirismo neste desafio;

À Osman, pelo apoio e carinho sempre presente, mesmo tão distante. Teşekkür ederim

E por fim, e não menos importante, agradeço de coração às pessoas com HIV/aids que aceitaram participar deste estudo, pelos seus exemplos de vida, e por me fazerem refletir sobre minhas próprias concepções sobre vários conceitos. Sem vocês esta pesquisa não faria o menor sentido, e foi para vocês que a realizamos.

*“A aids faz as pessoas falarem em sussurros –como se estivessem diante do terrível do vergonhoso. Por mais longos e divergentes que sejam os seus caminhos todos conhecem a sua filiação: nasceu de dois amantes abraçados, num abraço de amor amaldiçoado e proibido. Lugar de segredo, deveria ter permanecido fechado , como um quarto proibido. Todos temos um quarto secreto, onde ninguém deve entrar: mora ali a nossa intimidade mais profunda, que nenhum olhar deve contemplar. Por isso nos cobrimos de roupas, para proteger a nossa nudez dos olhos cruéis dos estranhos. Mas a doença arromba a porta e transforma a intimidade numa sala de museu, aberta à visitação pública. E quando isso acontece, aquilo que foi vivido como paixão se transforma em pornografia. A pornografia não está no abraço, mas nos muitos olhos que o contemplam, como espetáculo”.*

*Rubem Alves*

*"A verdadeira coragem é ir atrás  
de seus sonhos mesmo quando  
todos dizem que ele é impossível"*

*Cora Coralina*



SOARES, Rita de Cassia Albuquerque. **A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/AIDS, atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE.** 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de corte transversal com o objetivo de investigar a não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com HIV/aids, atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas da UFPE e identificar os fatores associados a não adesão à terapia ARV. Os dados foram obtidos de um questionário aplicado por meio de entrevista, realizadas em 253 pacientes no período de novembro de 2012 a março de 2013. Tomou-se como não adesão, o relato de tomada de menos de 90% dos medicamentos antirretrovirais prescritos na última semana anterior a entrevista. O estudo encontrou 28,5% (IC 95%) de não aderentes ao tratamento ARV. Os fatores associados a não adesão que apresentaram significância foram: idade de 18 a 35 anos, tabagismo, uso de drogas ilícitas, não ter religião, não fazer atividade física, ter parceiros eventuais, não conhecer o status sorológico dos parceiros, parceiros não são HIV+, não falar para alguém da família, usar esquema terapêutico básico alternativo, especiais e de resgate, viagens, ter dificuldade de ter consulta com seu médico, médico não conversa sobre seus medicamentos ARV e não pergunta ao médico quando tem dúvidas sobre seus medicamentos ARV. Os resultados sugerem o perfil do indivíduo com maior risco de interrupção do tratamento com ARV, atendido no Hospital das Clínicas da UFPE. O que possibilita a adoção de medida que aumentem a adesão observada, que venha contribuir com o estabelecimento de informações para um sistema de vigilância por meio da atenção farmacêutica integrada às atividades de uma equipe multiprofissional.

**Palavras Chaves:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV. Adesão à Medicação.

SOARES, Rita de Cassia Albuquerque. **A non adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV infection / AIDS, served in the Hospital of the UFPE.** 2013. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

### **ABSTRACT**

This is a cross-sectional study that aimed to investigate the non-adherence to antiretroviral drugs (ARV) and associated factors in adult patients living HIV/AIDS, at the outpatient clinic of the Hospital das Clínicas, UFPE. Data were obtained from a questionnaire administered by interview with 253 patients from november 2012 to march 2013. Non adherence was considered when patients reported taking less than 90 % of prescribed ARV in the last week before the interview. The study encountered 28.5 % (95 %) of non-adherent to ARV. Factors significantly associated with non-adherence were: aged 18-35 years, smoking, illicit drug use, having no religion, no physical activity, casual sex partners, not knowing HIV status of partners, partners not HIV +, unable to speak for anyone in the family, using basic alternative, special or rescue regimens, travel, difficulty in booking appointment with doctor, doctor does not talk about ARVs and not raising doubts with doctor concerning ARV. The results of this study suggest the profile of individuals treated at Hospital das Clínicas of the UFPE who are at greater risk of interrupting ARV treatment. This therefore enables the adoption of measure that seek to increase adherence, and may contribute to providing information for a surveillance system of pharmaceutical care through integrated activities by a multidisciplinary team.

**Key Words:** Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Medication Adherence.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das variáveis sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.	37
<b>Tabela 2</b> – Distribuição das variáveis epidemiológicas de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.	40
<b>Tabela 3</b> – Distribuição das variáveis relacionadas com a terapia antirretroviral dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, de novembro de 2012 a março de 2013.	41
<b>Tabela 4</b> – Distribuição das variáveis relacionadas com a assistência farmacêutica e médica dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.	43
<b>Tabela 5</b> – Características sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV	46
<b>Tabela 6</b> – Características epidemiológicas e de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.	48
<b>Tabela 7</b> – Características da terapia antirretroviral dos adultos infectados pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.	49
<b>Tabela 8</b> – Características da assistência farmacêutica e médica dos adultos infectados pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ADT	- Assistência Domiciliar Terapêutica
ARV	- Antirretrovirais
AZT	- Zidovudina
CCR5 C-C	- Receptor quemoquina tipo 5
CTA	- Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids
DDI	- Didanosina
DIP	- Doenças Infecciosas e Parasitárias
DNA	- Ácido Desoxirribonucleico
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
EUA	- Estados Unidos da America
GAPA	- Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
HC	- Hospital das Clínicas
HD	- Hospital-Dia
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	- Homens que fazem sexo com outros homens
IF	- Inibidor de Fusão
IP	- Inibidores de Protease
ITRN	- Inibidores da Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo
ITRNN	- Inibidores da Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo
ITRNt	- Inibidores da Transcriptase Reversa análogo de Nucleotídeo
OMS/WHO	- Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization
ONG	- Organizações Não-Governamentais
PE	- Pernambuco
PVHA	- Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RNA	- Ácido Ribonucleico
SAE	- Serviço de Assistência Especializada
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SICLOM	- Sistema de Controle logístico de medicamentos.
TARV	- Terapia antirretroviral altamente ativa
UBS	- Unidades Básicas de Saúde

UDI - Usuário de droga injetável  
UDM - Unidade dispensadora de medicamento  
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco  
UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS  
PVHIV/aids - Pessoas Vivendo com HIV/aids

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	18
<b>3.1 A epidemia de aids no mundo</b>	18
<b>3.2 A epidemia de aids no Brasil</b>	19
<b>3.3 A epidemia de aids em Pernambuco</b>	20
<b>3.4 Terapia antirretroviral</b>	21
<b>3.5 Adesão à terapia antirretroviral</b>	23
<b>4 OBJETIVOS</b>	27
<b>4.1 Objetivo geral</b>	27
<b>4.2 Objetivos específicos</b>	27
<b>5 METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	28
<b>5.1 Desenho do estudo</b>	28
<b>5.2 Local do estudo</b>	28
<b>5.3 População e critério</b>	28
5.3.1 População do estudo	28
5.3.2 Critérios de inclusão	28
5.3.3 Critérios de exclusão	29
<b>5.4 Tamanho da amostra</b>	29
<b>5.5 Procedimentos de coleta de dados</b>	29
<b>5.6 Definição de adesão e categorização das variáveis do estudo</b>	30
5.6.1 Definição do termo adesão ao tratamento	30
5.6.2 Variáveis do estudo	30
<b>5.7 Viabilidade</b>	33
<b>5.8 Plano de análise</b>	33
<b>5.9 Limitações metodológicas do estudo</b>	34
<b>6 ASPÉCTOS ÉTICOS</b>	35
<b>7 RESULTADOS</b>	36
<b>7.1 Características da amostra</b>	36
<b>7.2 Análise uni-variada</b>	46
<b>8 DISCUSSÃO</b>	52

<b>9 CONCLUSÃO</b>	55
<b>10 RECOMENDAÇÕES</b>	56
<b>REFERÊNCIAS</b>	57
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO</b>	62
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	67
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	69

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos primeiros casos de aids na década de 1980, esforços têm sido feitos para reduzir a morbimortalidade pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*), preservar a vida dos infectados e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Na observação dos avanços alcançados no conhecimento da infecção pelo HIV, destaca-se a evolução ocorrida no tratamento anti-retroviral. Este tratamento, cuja história teve início no uso de monoterapia com Zidovudina (AZT), de 1994 a 1996, consolidou-se com a terapia dupla como padrão terapêutico e, a partir de 1996, com a terapia tríplice, com a introdução dos inibidores da protease. Em anos mais recentes, os novos regimes terapêuticos têm demonstrado a capacidade de diminuir ou mesmo de tornar indetectável a carga viral do HIV (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) combinada para o tratamento de pessoas com HIV/aids, juntamente com maciças campanhas de prevenção a novas infecções pelo HIV e outras DST, tem ocasionado expressiva redução da morbidade e aumento da sobrevivência dos casos de aids e redução de internações hospitalares, e melhora da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids. Além desses benefícios, a TARV tem apresentado um impacto significativo na redução do número de novas infecções por HIV (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). No entanto, para que sejam atingidos resultados favoráveis na garantia da redução da replicação do HIV no sangue circulante, há necessidade de níveis elevados de adesão às drogas (FAUSTINO, 2006). Na prática clínica, muitos estudos têm referido um percentual de adesão em torno de 80% aos esquemas de medicamentos como aceitáveis para atingir níveis virêmicos indetectáveis (CHESNEY, 2000; NOGUEIRA, 2007).

A ocorrência de não-adesão a cuidados de saúde, em algum grau, é praticamente universal, mesmo para doenças que envolvem potenciais riscos de vida (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006). Constatam-se que pelo menos 40% e 50% dos pacientes não têm adesão aos tratamentos de asma, diabetes, hipertensão arterial ou câncer, independentemente da classe social, país, etnia ou nível de escolaridade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A não adesão aos medicamentos antirretrovirais tem como principal consequência o risco de desenvolvimento de resistência viral, com o aumento de chance de desenvolver



infecções e doenças oportunistas, elevando a morbimortalidade associada à infecção pelo HIV, promovendo prejuízos tanto para o portador, quanto para àqueles que venham a se infectar com vírus já resistentes ao arsenal terapêutico disponível (ROBERTS, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão é definida como “a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, correspondem a recomendações acordadas com o provedor de cuidados de saúde”.

Os regimes terapêuticos de antirretrovirais, atualmente recomendados, apresentam alto grau de complexidade (duas a três doses ao dia, podendo interferir no regime alimentar), com um grande número de comprimidos ou cápsulas que serão utilizados por tempo indeterminado, o que dificultam a adesão terapêutica a longo prazo (CARVALHO et al., 2003). Segundo Holodniy (1999), a adesão decresce com o aumento do número de pílulas, cápsulas ou comprimidos que o paciente tem que tomar por dia.

Embora a prevalência e as implicações da não adesão sobre diversos desfechos epidemiológicos e clínicos venham se tornando cada vez mais conhecidos, estudos sobre esse tema ainda são recentes e escassos (DEWULF et al., 2006; OBRELI-NETO et al., 2010). Na perspectiva de compreender a problemática de adesão aos ARV numa unidade hospitalar de alta complexidade, com serviço de referência para o acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/aids, analisou-se uma amostra de indivíduos em uso de TARV, atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

## 2 JUSTIFICATIVA

A interrupção ou o uso irregular de medicamentos, principalmente entre aqueles que fazem uso de esquemas com medicamentos antirretrovirais, constitui um problema tanto para os portadores quanto para os responsáveis pelo atendimento e gestão da assistência, que temos observado durante 29 anos como farmacêutica na unidade de farmácia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

Com o propósito de contribuir para um melhor entendimento da problemática de adesão aos medicamentos ARV, já que há poucos ou quase nenhum estudo sobre esta temática em Pernambuco, resolvemos desenvolver esta pesquisa sobre adesão à TARV entre adultos atendidos no serviço de atendimento especializado para aids do HC-UFPE, com o objetivo de conhecer a magnitude da não adesão aos medicamentos ARV e identificar possíveis fatores associados a não adesão. Acredita-se que a identificação de características dos indivíduos sob maior risco de interrupção de tratamento possibilita a adoção, tanto por parte dos profissionais como das instituições de saúde, de medidas que aumentem a adesão aos cuidados de saúde.

O intuito deste estudo é também contribuir com a institucionalização de um sistema de vigilância para o acompanhamento e monitoramento da TARV pela atenção farmacêutica, uma vez que a análise da adesão com base na realidade dos usuários, fortalece o desenvolvimento de estratégias mantenedoras de políticas e ações programáticas adequadas e tem maior possibilidade de contar com o envolvimento de todos os profissionais da equipe multiprofissional.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 A epidemia de aids no mundo

A epidemia de aids, em escala mundial, apresenta tendência a estabilização desde o ano 2000, embora ainda com patamares inaceitáveis de novas infecções pelo HIV e de óbitos por aids. Para cerca de 34 [31,4 – 35,3 milhões] de pessoas vivendo com HIV e aids, no final de 2011, após quase 30 anos do início da epidemia, os ganhos no seu enfrentamento são reais, mas ainda frágeis. Desde 1999, ano em que a epidemia atingiu o seu pico, o número de novas infecções caiu 19%, a despeito de em alguns países da Europa Oriental e Ásia Central, as novas taxas de infecção pelo HIV ter aumentado mais de 25%. Tem havido, também, um ressurgimento de infecções pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens, em várias regiões do mundo (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2010).

A taxa de novas infecções é ainda elevado, superando os avanços feitos em proporcionar um aumento do tratamento antirretroviral (TARV). São estimados dois novos casos de infecção HIV para cada pessoa que inicia TARV. Estima-se que em 2011, 2,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 1,7 milhões morreram em decorrência da aids, a maioria devido ao acesso inadequado a serviços de tratamento e atenção. Mais de 7000 novas infecções a cada dia em 2011, sendo que aproximadamente 97% aconteceram em países de renda baixa e média. Destas novas infecções, 900 são crianças com menos de 15 anos. Cerca de 6000 em adultos de mais de 15 anos, dos quais: 47% desses são mulheres e cerca de 39% são jovens entre 15 e 24 anos (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2010).

O tratamento com antirretrovirais evitou 2,5 milhões de mortes desde 1995. Pessoas que vivem com HIV estão vivendo mais e as mortes relacionadas à aids estão diminuindo devido a eficácia da terapia antirretroviral. Globalmente havia uma estimativa de 34 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2010. Desde 2005 os óbitos relacionados à aids diminuiu de 2,2 milhões para 1,8 milhões em 2010 e 1,7 milhões em 2011 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2010).

Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre Hiv/Aids (2010), a terapia antirretroviral beneficiou 8 milhões de pessoas até o final de 2011, registrando um

aumento da ordem de 20 vezes quando comparado a 2003. Desde 1995, a terapia antirretroviral adicionou 14 milhões de anos-vida em países de baixa e média renda. Destaca-se que o tratamento para aids tem impacto significativo na redução do número de novas infecções por HIV

### **3.2 A epidemia de aids no Brasil**

O Brasil é o país mais afetado pela aids na América Latina, com cerca de um terço dos 1,8 milhões com HIV e aids na região. Tem uma epidemia do tipo concentrada, com uma prevalência do HIV na população geral de 15 a 49 anos em torno de 0,4%, e prevalências superiores a 5% em populações vulneráveis: 5,9% em usuários de drogas ilícitas; 10,5% em homens que fazem sexo com homens; e 5,1% em mulheres profissionais do sexo. As taxas de incidência e de mortalidade foram de 20,1 casos e 6,2 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente, em 2009 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2011). Até julho de 2011, registrou um total de 656.701 casos acumulados de aids; no ano de 2011 foram notificados 38.776 novos casos da doença, com uma taxa de incidência de 20,2% casos por 100 mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2012).

Com relação a tendência da epidemia de aids no país, em um período de 10 anos, de 2001 a 2011, apenas na Região Sudeste se observa uma queda na taxa de incidência por aids de 22,9% para 21,0% casos por 100 mil habitantes. Nas demais regiões houve crescimento: 27,1% para 30,9% no Sul; de 9,1% para 20,8% no Norte; de 14,3% para 17,5% no Centro-Oeste; e de 7,5% para 13,9% no Nordeste. O maior número absoluto de casos (56%), no entanto, continua concentrado na Região Sudeste (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2012).

Em relação à mortalidade, observa-se uma queda nas taxas de mortalidade por aids no país: em 2002, era 6,3% por 100 mil habitantes, passando para 5,6% em 2011 – queda de aproximadamente 12%. Na comparação regional, verifica-se que o Sudeste apresenta comportamento de queda e há uma aparente estabilidade desse coeficiente na região Centro-Oeste, enquanto as regiões Norte, Nordeste e Sul ainda apresentam uma discreta tendência de crescimento (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2012).

No que diz respeito à disponibilidade de tratamento, atualmente há cerca de 217 mil de pessoas em tratamento com antirretrovirais. O país fabrica 11 dos 20 medicamentos ARV usados no tratamento dos portadores de HIV/aids. E são investidos, pelo governo federal,

aproximadamente 1 bilhão e 200 mil reais para o combate às DST/aids, sendo que desse montante, 780 milhões se destinam ao fornecimento de ARV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2011).

Segundo o Diretor do UNAIDS no Brasil, Pedro Chequer, o país é positivamente citado no relatório por sua decisão de ter adotado, já nos anos 90, uma política fundamentada cientificamente e que busca otimizar a eficiência dos recursos financeiros disponíveis. Todavia, faz um alerta:

Apesar dos avanços e logros alcançados, decorrentes da implementação de uma política pública cujo fundamento tem a evidência científica e o respeito aos direitos humanos como referenciais permanentes, o país para alcançar os compromissos firmados recentemente na assembleia geral, além de necessariamente manter essas referências como uma política de Estado, necessita de modo imediato e em caráter emergencial, reduzir as inequidades regionais no acesso a ações de prevenção e acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2011).

### **3.3 A epidemia de aids em Pernambuco**

O estado de Pernambuco lidera as estatísticas de aids na Região Nordeste, tanto em termos de morbidade quanto de mortalidade, notificou até junho de 2010, 18.019 casos de aids, com uma incidência de 18,9% casos e de 5,9% óbitos/100 mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2011). A taxa de incidência continua apresentando uma tendência progressivamente crescente. A proporção de casos, a exemplo do resto do país, é maior entre os homens (66,8%), mas se observa um crescimento mais acentuado de casos em mulheres nos anos mais recentes. Nos primeiros anos da epidemia, os casos de aids se concentravam nos municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR), e a interiorização da aids se inicia nos municípios de maior população como Caruaru e Petrolina. Atualmente, dos 185 municípios de Pernambuco, em 175 (94,6%) há registro de pelo menos um caso notificado até julho de 2012, sendo 77,8% da RMR (BOLETIM, 2012).

O número de casos e de óbitos por aids em indivíduos com 13 anos aumentando, a despeito do crescimento no acesso aos ARV e dos insumos de prevenção na rede de assistência à saúde no estado. O aumento nas taxas de mortalidade pode estar refletindo o acesso tardio ao diagnóstico da infecção pelo HIV e a não adesão ao tratamento (BOLETIM, 2012).

### 3.4 Terapia antirretroviral

Os estudos sobre terapia antirretroviral tem apontado para uma significativa diminuição da morbidade e da mortalidade por aids, além do aumento na sobrevivência dos pacientes. Com base em modelos prognósticos, estudo conduzido com 4.174 pacientes holandeses portadores do HIV, avaliados no período de 1998 a 2007, estimou uma expectativa média de vida de um paciente diagnosticado aos 25 anos, que ainda não teve doença oportunista e com acesso aos ARV, em mais 52,4 anos (ROSSI et al., 2013).

O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, a partir de 1996 (BRASIL, 1996), com a existência de uma rede de serviços públicos, incluindo laboratórios que realizam os testes diagnósticos, beneficiando atualmente mais de 200 mil pessoas com TARV (HALLAL et al., 2010). Desde a instituição da TARV, o SUS vem garantindo o acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com HIV/aids e que tenham indicação de recebê-lo, conforme as recomendações terapêuticas vigentes e essas recomendações são revistas e atualizadas à medida que novos medicamentos são registrados no país ou que novas evidências demonstrem necessidade de mudanças nas estratégias de terapia antirretroviral. O esquema ideal deve apresentar eficácia sustentada e ser bem tolerado pelo paciente, sem efeitos adversos e interações de medicamentos que representem risco significativo (BRASIL, 2010a; DADER; MUÑOS; MARTINEZ-MARTINEZ, 2008).

Um ponto fundamental nesse cenário é o debate sobre a quebra de patentes dos laboratórios sobre seus produtos. Um marco dessa luta foi a quebra da patente do efavirenz, conquistada em 2006. O efavirenz é um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo e um dos medicamentos mais utilizados atualmente no tratamento da aids em nosso país. Essa conquista serviu de exemplo para o mundo, mostrando que o direito ao acesso à TARV está além do interesse privado (MARINS, 2010).

A política de acesso universal do SUS foi muito influenciada pela participação da sociedade civil, dos organismos de defesa dos direitos humanos e das Organizações não Governamentais (ONG's) e para dar suporte a essa política, foi criada uma rede de serviços de testagem e de atendimento às pessoas com HIV/aids, de acordo com as características e necessidades locais, além de uma rede nacional de laboratórios habilitados para a realização de diversos exames essenciais para o monitoramento, tais como a quantificação de carga viral, a contagem de linfócitos TCD4 e TCD8 e exames de genotipagem para a avaliação de vírus

resistência. Todo esse esforço também teve papel importante na redução da taxa de mortalidade e na redução do número de hospitalizações (MARINS, 2010).

Os antirretrovirais utilizados em tripla terapia promovem um impacto tanto na melhora clínica como na redução da mortalidade (MARINS et al., 2003) e esses efeitos podem ser observados não apenas nas causas relacionadas com a aids, mas também naquelas que não estão diretamente relacionadas à doença (KITAHARA et al., 2009; STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) STUDY GROUP, 2006).

Atualmente, há mais de 20 fármacos antirretrovirais disponíveis, em seis classes de mecanismos de ação, sendo a maioria dos fármacos ativos por inibir enzimas envolvidas na replicação (transcriptase reversa) ou na maturação viral (protease do HIV) e os que impedem a entrada do vírus na célula (inibidores de fusão). Foi incorporado mais um medicamento antirretroviral, o maraviroque (Inibidor do coreceptor CCR5), para tratamento de pacientes com multirresistência viral, disponível a partir de 2013 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2012; BRASIL, 2010b).

Em 2005, a enfuvirtida, um inibidor de fusão, é acrescentada ao arsenal terapêutico. Uma nova geração dos inibidores da protease, representada no Brasil pelo darunavir, surge em 2006. Este apresenta sensibilidade e barreira genética diferenciada dos primeiros medicamentos dessa classe. Nesse mesmo ano, é lançado o maraviroc, um inibidor do coreceptor.

Em 2007 uma nova classe de medicamentos é desenvolvida para atuar em outro estágio da replicação viral, a integração. O único representante dos inibidores da integrase, atualmente disponível no Brasil é o raltegravir (MARINS, 2010; WILSON; GALLANT, 2009). As duas últimas classes terapêuticas, inibidores de coreceptor e inibidor de integrase, trazem uma importante vantagem sobre as demais, não induzem efeitos adversos como hiperlipidemia e diabetes melitus, o que pode mudar o atual conceito de que o uso de antirretrovirais leva à toxicidade em longo prazo (MARINS, 2010).

Em 2008, aparece a etravirina, um novo representante dos inibidores da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo, porém um medicamento com perfil de resistência diferente dos demais representantes de sua classe, o que permite seu uso mesmo em paciente que já apresenta resistência à nevirapina e ao efavirenz (WILSON; GALLANT, 2009).

Considerando as propriedades das moléculas dos novos medicamentos antirretrovirais, o tratamento atual da aids é caracterizado pela redução dos efeitos tóxicos, a simplificação dos

esquemas terapêuticos, a diminuição dos efeitos adversos e o combate eficaz de cepas virais selecionadas e resistentes aos antirretrovirais antes disponíveis. Esse cenário facilita a adesão do indivíduo à terapia e em consequência reduz a mortalidade por aids, aumenta a expectativa e a qualidade de vida dos indivíduos em TARV (KITAHARA et al., 2009; MARINS, 2010; STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) STUDY GROUP, 2006; WILSON; GALLANT, 2009).

Embora a erradicação do vírus ainda não seja possível, o grande número de combinações possíveis permite à maioria dos pacientes dispor de alternativas em caso de surgimento de resistência ou de reações adversas graves. No entanto, mesmo que muitos dos efeitos adversos mais comuns não sejam de extrema gravidade, eles podem afetar a qualidade de vida do paciente e sua motivação para aderir ao esquema terapêutico.

O acesso a TARV modificou positivamente a sobrevida dos indivíduos com HIV/aids. Se no início da epidemia, o diagnóstico de HIV significava uma sentença de morte, a partir de 1996, com o advento da TARV, as pessoas infectadas e aquelas com aids passaram a ter uma expectativa de vida semelhante ou igual à dos não infectados (LEWDEN et al., 2008).

### **3.5 Adesão à terapia antirretroviral**

Os problemas com adesão à terapia medicamentosa, como já assinalado na introdução deste trabalho, são praticamente universais, sendo a adesão um processo complexo cujas tentativas de melhorá-la precisam ser multifacetadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A não adesão, portanto, se impõe como um desafio em todos os níveis de atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, e se constitui uma ameaça tanto para a saúde individual quanto para as ações de Saúde Pública (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

O critério de adesão em relação à TARV não tem uniformidade nos diferentes artigos publicados, tanto na literatura nacional como na estrangeira; os investigadores que estudam a terapia antirretroviral têm adotado vários tipos de métodos e de definições de categorias de adesão. A maioria dos estudos aceita como ponte de corte o uso correto de, pelo menos, 80% das doses (CARR; COOPER, 1998; WATSON; FARLEY, 1999). Não há, porém, confiança suficiente se esse corte associa-se com parâmetros de melhora clínica e/ou laboratorial (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; NEMES et al., 2000).



Nos poucos trabalhos realizados na população geral, em países desenvolvidos, com o uso de questionamento direto ao paciente e nos quais se considerou a mesma definição de adesão (ou seja, tomar 80% ou mais de comprimidos prescritos), foram obtidas proporções de 60%, nos EUA e 75%, na Inglaterra. Investigações realizadas em São Paulo e no Rio Grande do Norte mostraram resultados semelhante, com percentuais de adesão de 69% (IC 95%: 66%; 71%) (NEMES et al., 2000) e de 64,7% (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006).

A necessidade da adesão aos antirretrovirais é um dos principais pilares para o sucesso do manejo de paciente com HIV/aids pois, mesmo falhas ocasionais, podem limitar os benefícios do tratamento. Segundo Paterson, Potoski e Capitano (2002) 81% dos pacientes com 95% ou mais de adesão obtiveram níveis de carga viral abaixo de 400 cópias/ml, usando esquemas com inibidores da protease. Os pacientes com 80% a 90% de adesão, apenas a metade obteve redução satisfatória da carga viral. Estudos realizados por Carpenter et al. (2000), Clough et al. (1999), e Cohen et al. (2013) reforçam esses achados ao apontarem que os efeitos máximos desejados do tratamento antirretroviral são obtidos quando se alcança, no mínimo, 95% de adesão das doses prescritas.

A adesão pode ser aferida por método direto e indireto. No primeiro caso, DOT (*directly observed therapy*), são observados os níveis séricos dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabólitos e são utilizados marcadores biológicos. É um método caro e mede a adesão recente, porém é a única forma de se avaliar diretamente a quantidade ingerida dos medicamentos.

No método indireto são utilizadas estratégias como: Questionário ou Auto Relato, que se caracterizam pela facilidade, simplicidade e baixo custo, mas que podem apresentar valores superestimados por se tratar de informação colhida do próprio usuário. Sistema de monitoramento do uso de medicamentos (MEMS) –*Medication Event Monitoring Systems*. É um mecanismo eletrônico, disposto no frasco que contém os medicamentos, que registra a hora e a data da retirada dos medicamentos.

Esta estratégia tem alto custo e supõe que a dose retirada foi ingerida, além de ser incompatível com formulações líquidas. Registros da farmácia e contagem de pílulas. São de baixo custo e de fácil execução, contudo de baixa acurácia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A forma como essa adesão é observada também difere nos diversos estudos. Classicamente, considera-se que os métodos indiretos de aferição do grau de adesão (questionários ou autorrelatos), tendem a superestimar a medida de adesão porque parte dos pacientes manipula a informação sobre os medicamentos tomados (HAUBRICH et al., 1999). Apesar disso, o autorrelato foi identificado como mais confiável que a avaliação médica no que diz respeito à adesão (HECHT et al., 1999).

Os estudos também revelam que a acurácia dos autorrelatos pode ser ampliada com a utilização de perguntas menos diretas e sem pré-julgamentos. Por exemplo: É solicitado ao paciente que relate, de forma detalhada, como tem sido sua rotina com os medicamentos nos últimos dias. Dessa maneira, o paciente pode se sentir mais à vontade para falar sobre suas doses perdidas ou esquecidas e os motivos para tais falhas (ICKOVICS; MEISLER, 1997; MALTA et al., 2005).

Há diversos fatores preditivos para a não-adesão ao tratamento com ARV, e, de forma sistemática, podem ser agrupados em fatores relacionados à pessoa sob tratamento; à doença; ao tratamento; aos serviços de saúde e suporte social (COLOMBRIN; COLETA; LOPES, 2008).

Os regimes terapêuticos com ARV potentes são complexos. Os obstáculos para tomada dos medicamentos vão desde um número muito grande de comprimidos por dia chegando em algumas combinações a se tomar de 10 a 20, em doses divididas, em horários rigorosos, alterações dietéticas e efeitos tóxicos associados à maioria dos medicamentos (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; WILSON, 2001; WOOD, 2002).

Outra barreira importante diz respeito à presença de efeitos colaterais. Nesses casos, tomar a medicação pode representar uma situação aversiva por causa da ocorrência de consequências adversas e desconfortáveis. A ocorrência de lipodistrofia, por exemplo, constitui-se em grande desafio, tanto para as pessoas HIV+ quanto para as equipes de saúde (SEIDL, 2007).

Sing et al. (1999) observaram que a satisfação com o suporte social e a utilização de estratégias de enfrentamento comportamentais ativas estiveram associadas à adesão em amostra de pacientes HIV+. Esses mesmo autores verificaram ainda que a não-adesão esteve relacionada a sentimentos de desesperança e a estratégias de enfrentamento de esquiva. O suporte social foi apontado por sua influência tanto direta, com a disponibilização de

encorajamento e motivação para o autocuidado, quanto indireta, ao atenuar os efeitos de situações que interferiam negativamente sobre a adesão.

O desafio para o enfrentamento da questão da não-adesão aos ARV exige também que sejam propostas intervenções e construídas em um processo contínuo, entre o profissional e o cliente, de forma que este se aproprie de seu tratamento, compreendendo e comprometendo-se com a execução das orientações dadas (COLOMBRINI, LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Isso pode ser fomentado, envolvendo os pacientes por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, orientando os esquemas posológicos, observando os efeitos adversos que eles acreditam que são toleráveis e se “encaixa” em suas vidas diárias (BRASIL, 2010b).

São fundamentais as tecnologias relacionais que possibilitem a captação das necessidades de saúde, o que é possível através da escuta qualificada, do vínculo que emana dos encontros, que devem conter relações simétricas e não dominadoras ou que possam tolher a liberdade, buscando-se a autonomia dos sujeitos na construção e na opção por determinado projeto terapêutico (BERTOLOZZI, 2009).

Tais planos de interpretação apoiam a proposição de que o conceito de adesão não se reduz a ação de querer. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de mediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade (BERTOLOZZI, 2009).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Investigar a magnitude e os fatores associados com a não adesão aos esquemas medicamentosos com ARV em adultos com HIV/aids, atendidos no ambulatório especializado para aids (SAE), do Hospital das Clínicas da UFPE, entre novembro de 2012 e março de 2013.

### **4.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o perfil das pessoas vivendo com HIV/aids, atendidos no SAE, HC/UFPE;
- b) Estimar a proporção de adesão e não adesão ao tratamento com ARV, em adultos com HIV/aids, atendidos no SAE do HC/UFPE;
- c) Analisar a associação entre as características sócio demográficas e de comportamento social, epidemiológicas e de rede de apoio, clínicas e terapêuticas e a não adesão ao tratamento com ARV.

## **5 METODOLOGIA DO ESTUDO**

### **5.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal para investigar a não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos com infecção pelo HIV/aids, atendidos no hospital das clínicas da UFPE, no qual se utilizou métodos indiretos de medida de adesão: o autorrelato (método mais utilizado no contexto clínico e em pesquisas para aferição da adesão ao tratamento farmacoterapêutico), por meio de entrevista.

### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital das Clínicas (HC), da Universidade Federal de Pernambuco, localizado no Recife, capital de Pernambuco. Com 1230 usuários SUS cadastrados (cerca de 800 usuários com dispensação mensal ativa) que representa 7% dos casos de aids registrados no nosso Estado (BRASIL, 2012). O acesso dos doentes ao Hospital das Clínicas é por demanda espontânea e referenciada. O atendimento a PVHIV/aids na instituição é realizado por equipe multidisciplinar, em regime ambulatorial, de hospitalização, de hospital-dia. É um serviço de referência para assistência a PVHIV/aids no Estado de Pernambuco.

### **5.3 População e critério**

#### **5.3.1 População do estudo**

Segundo o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), no momento, temos entre 700 a 800 pessoas com dispensação mensal ativa na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (BRASIL, 2012).

#### **5.3.2 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os pacientes que preencheram os critérios para diagnóstico de aids, utilizados pelo Ministério da Saúde, cadastrado no programa SICLOM/DST/AIDS/Ministério

da Saúde, que estão em tratamento com ARV, acompanhados no ambulatório de DIP do HC; com idade igual ou superior a 18 anos, não são portador de doença mental e aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 5.3.3 Critérios de exclusão

Pacientes com idade menor que 18 anos, ser portador de doença mental, gravidez e que não aceitaram participar da pesquisa.

## 5.4 Tamanho da amostra

Todos os indivíduos atendidos em consultas médicas entre os meses de novembro de 2012 e março de 2013, e que foram encaminhados para a UDM, que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, e que assinaram o TCLE. Foram entrevistados um total de 253 pessoas.

## 5.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados para avaliação da adesão foram coletados mediante entrevista a pacientes, independente de quando iniciaram o tratamento com ARV e que aceitaram participar do estudo no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias, no quinto andar do bloco B no hospital das clínicas.

Os pacientes foram contatados no local do estudo e informados sobre os objetivos do mesmo e os procedimentos da entrevista. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido juntamente com o paciente para obter autorização para a pesquisa. Conversou-se sobre suas dúvidas e garantiu-se que a identificação seria mantida em sigilo.

Os dados da entrevista foram registrados em um questionário validado, elaborado e utilizado pela Profa. Dra. Ana Maria de Brito em outro estudo de sua autoria, contendo informações sobre condições (variáveis) sociodemográficas e de comportamento social; dados epidemiológicos e de rede de apoio; terapia antirretroviral e da assistência farmacêutica e médica (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas em uma sala com total privacidade, no momento anterior ou posterior a consulta médica e também na entrega da prescrição médica durante o período de quatro meses.

Foram realizadas as conferências das retiradas de medicamentos ARV, por meio de uma consulta às fichas individuais de dispensação dos medicamentos ARV (relatório com os históricos de dispensação por paciente do SICLOM).

## **5.6 Definição de adesão e categorização das variáveis do estudo**

### 5.6.1 Definição do termo adesão ao tratamento

Tomando como base trabalhos de autores como Brito, Szwarcwald e Castilho (2006) e Wachholz e Ferreira (2007), adesão foi definida neste trabalho como o relato de tomada de 90% ou mais dos medicamentos prescritos na última semana, considerando consequentemente o número de tomadas, o número de comprimidos ingeridos e os horários previstos para cada tomada.

E, como não adesão, o relato de tomada de menos que 90% dos medicamentos prescritos, na última semana, considerando o número de tomadas, o número de comprimidos ingeridos e os horários previstos para cada tomada. Será aceito, como correta a tomada em cada horário, um atraso ou antecipação máxima de 1h do horário de tomada previsto.

### 5.6.2 Variáveis do estudo

Foram classificadas em:

- a) Variável de desfecho - deixou de tomar algum medicamento no horário na última semana;
- b) Variáveis independentes - foram distribuídas em quatro blocos: os das variáveis sócio-demográficas e de comportamento social, variáveis relacionadas à dados epidemiológicos e rede de apoio, variáveis relacionadas à terapia antirretroviral e variáveis relacionadas à assistência farmacêutica e médica e estes foram categorizados e apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1 – Variáveis do estudo.

(Continua)

<b>Variável de desfecho</b>	
A variável de desfecho deste estudo será a não adesão na última semana anterior ao momento da entrevista (autorrelato), operacionalizada a partir da variável: Deixou de tomar algum medicamento no horário na última semana.	
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Categorização</b>
<b>Variáveis relacionadas às características sócio-demográficas e de comportamento social:</b> região de residência, sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, situação profissional atual, raça/cor declarada, consumo de bebida alcoólica (copos/dia), fuma, uso de drogas ilícitas (droga usada), religião, atividade física.	<b>Região de residência:</b> rua, bairro, município, Estado. fixa ou não. <b>Sexo:</b> feminino e masculino. <b>Idade:</b> data de nascimento e idade completa. <b>Escolaridade:</b> analfabeto, 1ª a 4ª série, 5ª a 8ª série, 2º grau, superior. <b>Estado civil:</b> solteiro, casado, separado/divorciado, viúvo. <b>Ocupação. Situação profissional:</b> empregado, autônomo, mercado informal, aposentado, desempregado, outro. <b>Raça/Etnia:</b> branca, moreno/parda, negra, índio, outra. <b>Consumo de bebida alcoólica:</b> nunca, raramente/às vezes (menos de uma vez por mês), finais de semana, sempre (pelo menos 3 dias na semana) parou de beber há mais de um ano, quantos copos de bebida toma num dia típico. <b>Fuma:</b> sim, não, parou de fumar há mais de um ano, quanto tempo parou, quantos anos fumou, quantos cigarros por dia. <b>Uso de drogas ilícitas:</b> nunca, raramente, nos finais de semana, sempre (3 dias/semana ou mais), parou de usar, não quer informar, drogas usadas. <b>Religião, participa de atividades de alguma igreja/ segue alguma religião:</b> sim, não, qual religião. <b>Faz atividade física:</b> não; sim, às vezes; sim, regularmente; qual atividades.
<b>Variáveis relacionadas à dados epidemiológicos e rede de apoio:</b> com se infectou, sabe há quanto tempo é portador, tempo que é portador, categoria sexual, tem parceiros fixos, quantos parceiros fixos, teve parceiros casuais, quantos parceiros casuais, parceiros com HIV+, parceiros sabem que você tem aids, usava camisinha antes do HIV+, depois do HIV+ usa camisinha, Falou para família, apoio da família, apoio de amigos/parceiros, participa de ONG, nível de conhecimento sobre HIV/aids.	<b>Como se infectou com o vírus da aids:</b> hemofílico, transfusão de sangue, uso de droga, relações heterossexuais, relações homossexuais, relações bissexuais, outra via. <b>Sabe há quanto tempo:</b> sim, não, não quer informar. Há quanto tempo, menos que um ano, um a dois anos, mais de 3 anos. <b>Categorias sexuais:</b> heterossexuais, homossexuais, bissexuais, travesti, transexuais/transgenero, outro. <b>Quantos parceiros fixos teve relação sexual no último ano:</b> número de parceiros, não tem parceiros fixo. quer informar, não sabe informar. <b>Quantos parceiros eventuais teve relação sexual no último ano:</b> quantidade de parceiros eventuais, não teve parceiros eventuais, não quer informar, não sabe informar. <b>Alguns de seus parceiros é HIV positivo:</b> não, sim, não quer informar, não conhece o status sorológico de seus parceiros, não se aplica. <b>Seus parceiros sabem que você tem aids:</b> Não, sim, não quer informar, não se aplica. <b>Usava camisinha antes de saber que tinha HIV:</b> não, nunca; sim, sempre; sim, às vezes; não quer informar; não sabe informar/não se lembra. <b>Depois do resultado positivo para HIV, com que frequência você usa camisinha:</b> nunca, às vezes; em todas as relações sexuais; não quer informar, não sabe informar. <b>Falou para algum membro da família que tem aids:</b> não, sim, quem. <b>Apoio/ajuda de sua família:</b> não, sim, quem, tipo. <b>Apoio de amigos/parceiros:</b> não, sim. <b>Participa de ações de prevenção em alguma ONG:</b> não, sim, qual, desde quando. <b>Atividade exercida na ONG. Frequência de participação. Como define seu conhecimento sobre a infecção pelo HIV e a aids:</b> nenhum/pouco, médio, bom/ótimo conhecimento.



Quadro 1 – Variáveis do estudo.

(Conclusão)

Variáveis independentes	Categorização
<p><b>Variáveis relacionadas à terapia antirretroviral:</b> tempo de uso, número de esquemas usados, esquema atual, motivo de ter deixado de tomar os medicamentos ARV.</p>	<p><b>Data da primeira prescrição médica, Quando começou a usar medicamentos antirretrovirais. Quantos esquemas de ARV usou:</b> apenas o atual, dois, três, quatro, cinco, seis ou mais, não sabe quantos. <b>Primeiro esquema. Primeira mudança. Segunda mudança. Terceira mudança, quarta mudança. Quinta mudança. Em relação ao esquema atual de ARV, em que hora do dia e dose toma seus medicamentos ARV. Deixou de usar os ARV por um dia ou mais de um dia. Quantas vezes ficou mais de um dia sem tomar os medicamentos:</b> uma vez, duas vezes, três vezes, quatro vezes ou mais. <b>Qual medicamento/horário você deixou de tomar na última semana. Qual o motivo de ter deixado de tomar os medicamentos ARV:</b> efeitos colaterais, sem motivo aparente, impossibilidade de buscar a medicação, não entendimento da prescrição, falta da medicação na farmácia. Outros/quais.</p>
<p><b>Variáveis relacionadas à assistência farmacêutica e médica:</b> tem dificuldade para retirar seu medicamentos ARV e qual dificuldade; tem dificuldade para ter consulta com seu médico e qual dificuldade; tem outra doença crônica; utiliza outros medicamentos constantemente e quais medicamentos; no consultório, o médico explica sua condição de saúde; sente-se informado sobre HIV/aids; você conversa com seu médico sobre a sua condição de saúde; conhecimento sobre os medicamentos ARV; sabe o nome dos medicamentos para trata HIV/aids; seu médico conversa sobre seus medicamentos ARV; como você classifica sua participação nas decisões sobre seu tratamento; você acha que deveria participar mais das decisões sobre seu tratamento; recebe orientação na farmácia sobre o uso de seus medicamentos ARV; você se sente seguro quanto a forma de tomar seus medicamentos; quando tem dúvidas sobre os medicamentos você pergunta: ao médico, ao farmacêutico e a outro profissional.</p>	<p><b>Tem alguma dificuldade para retirar seus medicamentos:</b> não, sim, qual. <b>Tem alguma dificuldade para ter consulta com o seu médico:</b> não, sim, qual. <b>Tem alguma outra doença crônica:</b> não, sim, qual. <b>Utiliza algum medicamento constantemente:</b> não, sim, qual. <b>No consultório, o médico explica sua condição de saúde:</b> nada, pouco, suficiente, bastante. <b>Sente-se informado sobre HIV/aids:</b> nada, pouco, suficiente, bastante. <b>Conversa com seu médico sobre seus medicamentos:</b> nada, pouco, suficiente, bastante. <b>Como você definiria seu conhecimento sobre os medicamentos ARV:</b> pouco conhecimento, conhecimento razoável, bom conhecimento. <b>Sabe o nome dos medicamentos que você usa para tratar HIV/aids:</b> não; sim, de todos; sim, de alguns. <b>Seu médico conversa com você sobre seus medicamentos:</b> nada, pouco, suficiente, bastante. <b>Como você classifica sua participação nas decisões sobre seu tratamento:</b> nada, pouco, suficiente, bastante. <b>Acha que deveria participar mais das decisões sobre seu tratamento:</b> não, sim, não sabe. <b>Recebe orientações na farmácia sobre o uso dos medicamentos:</b> nenhuma, pouco, suficiente, bastante. <b>Sente-se seguro quanto à forma de tomar seus medicamentos:</b> não, pouco, suficiente, bastante. <b>Quando você tem alguma dúvida sobre os medicamentos ARV, qual a sua atitude: Pergunta ao médico:</b> sempre, às vezes, nunca. <b>Pergunta ao farmacêutico:</b> sempre, às vezes, nunca. <b>Pergunta a outro profissional:</b> sempre, às vezes, nunca.</p>

Fonte: A Autora

## 5.7 Viabilidade

Este projeto foi factível, uma vez que a pesquisadora responsável integrava a equipe da farmácia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, com experiência na dispensação de medicamentos especiais, sobretudo com os esquemas com antirretrovirais.

Passou a fazer parte, efetivamente desde julho de 2013 com a sua lotação, do setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e da equipe multiprofissional que compõem o SAE, iniciando as atividades fundamentadas na atenção farmacêutica.

Os recursos materiais necessários foram de responsabilidade da pesquisadora, no que se referiu a materiais de expediente, e as tecnologias de informação.

## 5.8 Plano de análise

Para atender os objetivos propostos pelo estudo, foram realizados os seguintes procedimentos:

- a) **primeiro** - os dados obtidos do questionário foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.3, fazendo-se uso de critérios de consistências previamente definidos;
- b) **segundo** - análise de inconsistências com base em tabelas de distribuição de frequências avaliando-se a coerência entre os fatores estudados;
- c) **terceiro** - análise estatística descritiva, com produção de tabelas de distribuição de frequências simples e de contingência. Nesta etapa foram produzidas recategorizações, baseado nas respostas abertas e de inexpressivo registro, com o apoio do software Microsoft Office 2007, para onde foi exportada a base de dados obtida;
- d) **quarto** - análise dos dados – uni e multivariada:
  - análise univariada - análise entre cada variável e o desfecho. Para calcular a prevalência de não adesão, relacionar com as variáveis independentes – e avaliar a significância estatística, foi utilizado o teste do Qui-quadrado, por meio do programa Epi Info versão 3.5.3, sendo considerado significativo o valor de  $p < 0,05$  e o intervalo de confiança de 95%.

## **5.9 Limitações metodológicas do estudo**

Uma limitação refere-se à utilização de informações oriundas de autorrelato, embora tenha sido realizado uma conferência dos esquemas terapêutico utilizados pelo relatório do histórico de dispensação dos medicamentos ARV de cada pessoa, disponibilizado pelo SICLOM, porém os dados são de 2011 até agora. Anterior a esta data só por meio da conferência no prontuário dos participantes, que não foi realizado. Recomenda-se, em estudos futuros o confronto do autorrelato com registro nos prontuários também.

Outra limitação seria o critério de seleção pode ter havido viés de participação (amostra por conveniência).

## **6 ASPÉCTOS ÉTICOS**

Este estudo, conforme as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as atividades de pesquisas em seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães-Fiocruz, número 92.427 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), número 113.314. Todas as informações obtidas por meio do questionário e cadastros da farmácia, serão mantidas em acervo de acesso exclusivo do pesquisador, resguardados os princípios da confidencialidade e privacidade. Foram respeitados os princípios de autonomia dos indivíduos que foram convidados a participar do estudo, não houve nenhum prejuízo para aqueles que não adotaram participar, nem para os que tiraram sua participação no meio da entrevista, ocorrendo dois casos. A pesquisa foi conduzida pela pesquisadora responsável, que atendeu a demanda da população que concordou em participar do estudo.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Características da amostra

A casuística foi constituída de 253 adultos com HIV/aids.

Variáveis sóciodemográficas e de comportamento social. Houve predomínio do sexo masculino, 64,8% são homens e 70,9 % da amostra estão na faixa de 30 a 50 anos. Referente à escolaridade, 7,5% são analfabetos, 30,0% estudaram do 6º a 9º ano (5ª a 8ª série), 31,2% tem o 2º grau e 14,2%, o nível superior. Com relação ao estado civil, 39,9% são solteiros e 39,5% casados, 14,6% separados/divorciados e 5,9% viúvos.

Quanto à situação profissional atual, encontramos com emprego 26,1%, autônomo/mercado informal 14,3%, aposentados 17,8%, 22,1% desempregados e 19,8% definido em “outra”, são os que recebem o amparo social e o auxílio-doença. Tratando-se a raça/cor, 65,2% declararam moreno/parda, embora muitos desses pareçam ser da raça negra, um se referiu índio, 24,5% a raça branca e 9,1% a negra.

Os pacientes que têm residência no município de Recife representam 37,4%. Nos outros dezesseis municípios da região metropolitana do Recife (Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Goiana, Escada, Sirinhaém, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno, Itapissuma), respondem por 47,4% e 15,2% residem em municípios de outras regiões do Estado de Pernambuco (próximas e mais distantes da capital, como Petrolina, Trindade) e em um município do Estado da Paraíba.

Pacientes que consomem bebida alcoólica somam 49,4%, os que nunca beberam 16,2% e os que pararam de beber 32,8%. 48,8% dos que bebem tomam, em um dia típico, de 1 até 6 copos de bebida. Predomina a cerveja dentre as bebidas ingeridas. Os fumantes são 20,9%, os que pararam de fumar somam 27,7%. Destes, 45,0 % pararam de 1 a 10 anos e 70,3% fumam ou fumaram de 1 a 20 anos, 82,5% fumam de 1 a 20 cigarros por dia.

Os que fazem uso raramente e às vezes de drogas ilícitas somam 6,4%. A maconha aparece em 68,2%, a cocaína em 14,6%, o crack em 7,5% destas. Os que responderam que nunca usaram e os que não quiseram informar somam 93,6%.

Com relação a religião, 78,3% segue alguma religião, dos quais 54,7% são católicos e 34,4% evangélicos, candomblé e umbanda somam 2,4% e espírita 8,5%. Dentre os que fazem

atividade física, os que fazem às vezes e regularmente somam 42,6% e 57,4% não fazem nenhuma atividade física. A caminhada é a atividade física mais frequente com 27,6%.

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

(continua).			
Variável	Categoria	N*	%
<b>Sexo</b>	Masculino	164	64,8
	Feminino	89	35,2
<b>Idade (anos)</b>	20 a 29	17	16,0
	30 a 39	87	32,8
	40 a 49	94	38,1
	50 a 59	41	16,6
	Igual ou maior de 60	14	5,7
<b>Escolaridade (série)</b>	Analfabeto	19	7,5
	2º a 5º ano ( 1ª a 4ª série)	43	17,0
	6º a 9º ano (5ª a 8ª série)	76	30
	Ensino médio ( 2º grau)	79	31,2
	Ensino superior	36	14,2
<b>Estado civil</b>	Solteiro	101	39,9
	Casado	100	39,5
	Separado/divorciado	37	14,6
	Viúvo	15	5,9
<b>Situação profissional atual</b>	Empregado	66	26,1
	Autônomo/ Mercado informal	36	14,3
	Aposentado	45	17,8
	Desempregado	56	22,1
	Outra	50	19,8
<b>Raça/Cor (auto-declarada)</b>	Branca	62	24,5
	Morena/Parda	165	65,2
	Negra	23	9,1
	Outra**	3	1,2
<b>Município de residência</b>	Recife	96	37,4
	Municípios da RMR (exceto Recife)	119	47,4
	Interior ***	38	15,2
<b>Consome bebida alcoólica</b>	Nunca	41	16,2
	Raramente/Às vezes	78	30,8
	Finais de semana	47	18,6
	Sempre	2	0,8
	Raramente/Às vezes	78	30,8
	Parou de beber	83	32,8

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

Variável	Categoria	(conclusão)	
		N*	%
<b>Quantos copos de bebida toma num dia típico</b>			
	Sim	53	20,9
	Não	130	51,4
	Parou	70	27,7
<b>Tempo parou de fumar (anos)</b>			
	Menos de 1	15	21,7
	1 a 10	31	45,0
	11 ou mais	23	33,3
<b>Tempo fumou/fuma (anos)</b>			
	1 a 10	49	40,6
	11 a 20	36	29,7
	21 e mais	36	29,7
<b>Número de cigarros (por dia)</b>			
	1 a 10	68	56,1
	11 a 20	32	26,4
	21 ou mais	21	17,5
<b>Uso de drogas ilícitas</b>			
	Nunca	211	83,4
	Raramente/finais de sema	6	2,4
	Sempre	10	4,0
	Não informa	26	10,3
<b>Droga ilícita usada</b>			
	Maconha	28	68,2
	Cocaína	6	14,6
	Crack	3	7,5
	Outros	4	9,7
<b>Tem alguma religião</b>			
	Não	55	21,7
	Sim	198	78,3
<b>Qual a Religião</b>			
	Católico	108	54,7
	Evangélico	68	34,4
	Ubanda/candomblé	5	2,4
	Espirita	17	8,5
<b>Realiza atividade física</b>			
	Não	145	57,4
	Sim	108	42,6
<b>Tipo de atividade física</b>			
	Caminhada	69	27,6
	Musculação	16	6,4
	Futebol	8	3,2
	Ciclismo	5	2,0
	Dança	3	1,2
Total		253	100%

Fonte: A Autora

Nota:\* Os totais parciais das variáveis podem não totalizar o tamanho da amostra pela existência de informações ignoradas;\*\* Um se referiu índio; \*\*\*Municípios de outras regiões do Estado de Pernambuco e um caso do Estado da Paraíba.

Variáveis epidemiológicas e de rede de apoio. Os pacientes infectados por transfusão de sangue e outras vias somam 4,4%, 49,4% por meio de relações heterossexuais, 23,3% por relações homossexuais, 7,1% por relações bissexuais e 15,8% não responderam. Todos, exceto um caso, souberam informar há quanto tempo são portadores do HIV. Referindo-se há quanto tempo são portadores do HIV, 6,4% há menos de um ano, 12,8% de 1 a 2 anos e 80,8% sabem há mais de três anos.

No que diz respeito a categoria sexual, em relações aos homens, 50,6% são heterossexuais, 31,3% homossexuais, bissexuais são 13,3%, travesti 3,0% e não informaram 1,8%. Em relação as mulheres 95,5% são heterossexuais, 1,2% bissexuais, 3,3% não informaram e nenhuma declarou-se homossexual.

Quanto aos parceiros que teve relação sexual nos últimos doze meses, os que tiveram e tem parceiros fixos são 61,4%, os que têm ou tiveram apenas um parceiro fixo são 87,1% e os que tem ou tiveram neste tempo de 2 ou mais fixos são 12,9%. O total que teve parceiros eventuais são 31,5%, destes 24,6% teve apenas um, 41,5% tiveram de 2 a 4 parceiros eventuais e 18,4% tiveram de 5 a 9 e 15,5% teve acima de 10 parceiros eventuais nos últimos 12 meses.

Os que têm parceiros HIV positivo são 24,4%, os que os parceiros são negativos são 29,8%, os que não sabem o status sorológico dos parceiros são 45,8%. Os pacientes que tem os parceiros informados sobre a sua condição de viver com aids são 65,3%, os que os parceiros não sabem são 34,7%.

Com relação ao uso de camisinha, antes de saber que tinha HIV, 49,4% não usavam, 45,5% usavam às vezes e 4,7% sempre. Depois do resultado positivo para o HIV, nunca usa camisinha são 6,4%, às vezes 11,2%, usa em todas as relações sexuais 64,8% e não tiveram mais relações sexuais 17,6%.

Os pacientes que falaram para algum membro da família representam 81,5%. Os que receberam apoio destes foram 81,4% e o apoio recebido pelo parceiros/amigos foi de 71,1%. Com relação a participação em ONG, só 4,3% participam. Quanto ao nível de conhecimento sobre HIV/aids, 42,8% tem nenhum/pouco conhecimento e 25,4% informaram ter um conhecimento médio e 31,8% declararam ter um bom ou ótimo conhecimento sobre o HIV/aids.



**Tabela 2** – Distribuição das variáveis epidemiológicas de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

Variável	Categoria	(continua)	
		N*	%
<b>Como se infectou</b>	Transusão de sangue/outras vias	11	4,4
	Relações heterossexuais	125	49,4
	Relações homossexuais	59	23,3
	Relações bissexuais	18	7,1
	Não respondeu/não sabe	40	15,8
<b>Há quanto tempo é portador</b>	Menos de 1 ano	16	6,4
	1 a 2 anos	32	12,8
	Maior ou igual a 3 anos	202	80,8
<b>Categoria sexual (em relação aos homens)</b>	Heterossexual	83	50,6
	Homossexual	51	31,3
	Bissexual	22	13,3
	Travesti	5	3,0
	Não informa/não sabe	3	1,8
<b>Teve parceiros fixos nos últimos 12 meses</b>	Tem (sim)	154	61,4
	Não tem (não)	97	38,6
<b>Com quantos parceiros fixos se relacionou nos últimos 12 meses</b>	Apenas 1	134	87,1
	2 ou mais <sup>2</sup>	20	12,9
<b>Teve parceiros eventuais nos últimos 12 meses</b>	Teve (sim)	78	31,5
	Não teve (não)	169	68,5
<b>Com quantos parceiros eventuais se relacionou nos últimos 12 meses</b>	Apenas 1	19	24,6
	2 a 4	32	41,5
	5 a 9	14	18,4
	10 ou mais	12	15,5
<b>Tem parceiro(s) HIV+</b>	Não	55	29,8
	Sim	45	24,4
	Não conhece o status do parceiro	84	45,8
<b>Seu (s) parceiro(s) sabe de sua doença (aids)</b>	Não	65	34,7
	Sim	122	65,3
<b>Usava camisinha antes do HIV</b>	Não	125	49,8
	Sim, sempre	12	4,7
	Sim, às vezes	114	45,5
<b>Depois do resultado positivo para o HIV com que frequência você usa camisinha</b>	Nunca	16	6,4
	Às vezes	28	11,2
	Em todas relações sexuais	162	64,8
	Não teve mais relações sexuais	44	17,6
<b>Falou para família sobre o diagnóstico de aids</b>	Não	46	18,5
	Sim	202	81,5
<b>Tem apoio da família para a doença</b>	Não	42	18,6
	Sim	184	81,4

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis epidemiológicas e de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

Variável	Categoria	(conclusão)	
		N*	%
<b>Tem apoio dos amigos/parceiros para a doença</b>			
	Não	64	28,9
	Sim	157	71,1
<b>Participa de alguma ONG</b>			
	Não	228	95,7
	Sim	10	4,3
<b>Nível de conhecimento sobre HIV/ aids</b>			
	Nenhum/pouco conhecimento	108	42,8
	Médio	64	25,4
	Bom/ótimo	80	31,8
Total		253	100%

Fonte: A Autora

Nota:\* Os totais parciais das variáveis podem não totalizar o tamanho da amostra pela existência de informações ignoradas

Variáveis relacionadas com a terapia antirretroviral. Com relação ao tempo de uso da terapia antirretroviral, 19,4% dos pacientes fazem uso há menos de 2 anos, 13,0% de 2 a 4 anos, 12,3% de 5 a 6 anos, 9,5% de 7 a 8 anos, 6,3% de 9 a 10 anos, 30,0% de 11 a 15 anos e de 16 anos até 25 anos 9,5% dos pacientes.

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis relacionadas com a terapia antirretroviral dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, de novembro de 2012 a março de 2013.

Variável	Categoria	(continua)	
		N*	%
<b>Tempo de uso da terapia ARV (em anos)</b>			
	Menos de 2 anos	49	19,4
	De 2 a 4 anos	33	13,0
	De 5 a 6 anos	31	12,3
	De 7 a 8 anos	24	9,5
	De 9 a 10 anos	16	6,3
	De 11 a 15 anos	76	30,0
	De 16 ou mais	24	9,5
<b>Número de esquemas de ARV usados</b>			
	Apenas o atual	124	50,3
	Dois esquemas	86	34,8
	Três esquemas	20	8,1
	Quatro esquemas	6	2,4
	Cinco esquemas	5	2,0
	Seis esquemas	6	2,4
<b>Esquema atual</b>			
	2ITRN+ITRNN	128	50,5
	2ITRN+IP/r	87	34,3
	2ITRN+IP	24	9,6
	Outros	14	5,6
<b>Na última semana deixou de tomar algum medicamento no horário ( desfecho)</b>			
	Não	181	71,5
	Sim	72	28,5

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis relacionadas com a terapia antirretroviral dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, de novembro de 2012 a março de 2013.

		(conclusão)	
<b>Qual o motivo de ter deixado de tomar os medicamentos ARV**</b>			
	Efeitos colaterais	28	11,6
	Sem motivo aparente/esquecimento	105	43,7
	Impossibilidade de pegar os medicamentos/viagem	31	12,9
	Falta de medicação na farmácia	37	15,6
	Depressão	27	11,2
	Para ingerir bebida alcoólica	12	5,0
Total		253	100%

Fonte: A Autora

Nota:\* Os totais parciais das variáveis podem não totalizar o tamanho da amostra pela existência de informações ignoradas; \*\*Foram informados mais de um motivo.

Quanto ao número de esquemas usados pelos pacientes, os que usaram apenas um esquema foram 50,3%, dois esquemas usados foram 34,8%, três esquemas usados foram 8,1%, quatro esquemas 2,4%, cinco esquemas 2,0% e 2,4% pacientes usaram seis esquemas.

Os esquemas atuais, segundo recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids no Brasil-2012, informados foram o 2ITRN+ITRNN por 51,2% dos pacientes, o 2ITRN+IP/r foi usado por 33,2%, o ITRN+IP por 9,6% e 5,6% usaram outros como o 2ITRN+ITRNN+IP/r, o ITRN+IP+II, 2ITRN+IP/r+II e o 2ITRN+IP/r+II+IF. Os esquemas informados foram confirmados pelo relatório do histórico de dispensação dos ARV, disponibilizado pelo SICLOM, para cada paciente.

Definida como a variável de desfecho, 28,5% dos pacientes informaram que na última semana deixaram de tomar algum medicamento no horário e 71,5% responderam que tomaram os medicamentos no horário.

Com relação aos motivos que os levaram a deixar de tomar os medicamentos, 11,6% informaram devido aos efeitos colaterais, sem motivo aparente/esquecimento foram 43,7%, impossibilidade de pegar o medicamento/viagem foram 2,9%, falta de medicação na farmácia foram 15,6%, depressão foram 11,2% e para ingerir bebida alcoólica foram 5,0%.

Responderam que tem dificuldade para retirar seus medicamentos ARV 21,7% dos pacientes, dentre as respostas o transporte/custo representa 81,9% das dificuldades apresentadas, em seguida ficou “faltar o trabalho” com 5,4%.

**Tabela 4** – Distribuição das variáveis relacionadas com a assistência farmacêutica e médica dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

		(continua)	
Variável	Categoria	N*	%
<b>Tem dificuldade para retirar seus medicamentos</b>			
	Não	198	78,3
	Sim	55	21,7
<b>Dificuldade para retirar os seus medicamentos</b>			
	Transporte/custo	45	81,9
	Faltar ao trabalho	7	12,7
	Atendimento	3	5,4
<b>Tem dificuldade de ter consulta com seu médico</b>			
	Não	201	79,4
	Sim	52	20,6
<b>Dificuldade para ter consulta com seu médico</b>			
	Transporte/custo	41	80,5
	Intervalo longo entre as consultas	8	15,6
	Faltar o trabalho	2	3,9
<b>Tem alguma outra doença crônica</b>			
	Não	188	74,6
	Sim	64	25,4
<b>Outra doença crônica</b>			
	Hipertensão	38	61,4
	Diabetes	10	16,1
	Asma	3	4,8
	Hepatite B	2	3,2
	Outros	9	14,5
<b>Utiliza outro medicamento constantemente</b>			
	Não	189	75,0
	Sim	63	25,0
<b>Outros medicamentos</b>			
	Anti-hipertensivos	35	53,8
	Hipoglicemiantes	6	9,2
	Outros	7	10,7
<b>No consultório o médico explica a sua condição de saúde</b>			
	Pouco	23	9,1
	Suficiente	99	39,1
	Bastante	131	51,8
<b>Você se sente informado sobre o HIV</b>			
	Nada	15	5,9
	Pouco	89	35,2
	Suficiente	85	33,6
	Bastante	64	25,3
<b>Você conversa com seu médico sobre os seus medicamentos</b>			
	Nada	58	22,9
	Pouco	73	28,9
	Suficiente	58	22,9
	Bastante	64	25,3
<b>Conhecimento sobre os medicamentos ARV</b>			
	Pouco	160	63,5
	Razoável	56	22,2
	Bom	36	14,3

**Tabela 4** – Distribuição das variáveis relacionadas com a assistência farmacêutica e médica dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, UFPE, novembro de 2012 a março de 2013.

		(conclusão).	
Variável	Categoria	N*	%
<b>Sabe o nome dos medicamentos que usa para tratar HIV/aids</b>			
	Não	135	53,4
	Sim, de todos	83	32,8
	Sim, de alguns	35	13,8
<b>Seu medico conversa com você sobre seus medicamentos</b>			
	Nada/Pouco	71	18,2
	Suficiente	103	40,9
	Bastante	78	31,0
<b>Como você classifica sua participação nas decisões sobre seu tratamento</b>			
	Nada	31	12,3
	Pouco	71	28,1
	Suficiente	99	39,1
	Bastante	52	20,6
<b>Você acha que deveria participar mais das decisões sobre seu tratamento</b>			
	Não	89	35,3
	Sim	161	63,9
	Não sabe	2	0,8
<b>Recebe orientação na farmácia sobre o uso de seus medicamentos</b>			
	Nenhuma	202	81,5
	Pouco	21	8,5
	Suficiente	19	7,7
	Bastante	6	2,4
<b>Você se sente seguro quanto a forma de tomar seus medicamentos</b>			
	Não	3	1,2
	Pouco	15	6,0
	Suficiente	69	27,7
	Bastante	162	65,1
	Não	3	1,2
<b>Quando você tem alguma dúvida sobre os medicamentos você pergunta ao médico</b>			
	Sempre	220	87,0
	Às vezes	16	6,3
	Nunca	17	6,7
<b>Quando você tem alguma dúvida sobre os medicamentos você pergunta ao farmacêutico</b>			
	Sempre	25	9,9
	Às vezes	23	9,1,
	Nunca	205	81,0
<b>Quando você tem alguma dúvida sobre os medicamentos você pergunta a outro profissional</b>			
	Sempre	61	24,1
	Às vezes	58	22,9
	Nunca	134	53,0
Total		253	100%

Fonte: A Autora

Nota:\* Os totais parciais das variáveis podem não totalizar o tamanho da amostra pela existência de informações ignoradas.

Variáveis relacionadas com a assistência farmacêutica e médica. Com relação a dificuldade para ter consulta com seu médico, 20,6% dos pacientes responderam que tem dificuldade e novamente o transporte/custo aparece com 80,5% das dificuldades apresentadas, o intervalo entre as consultas ficou com 12,7% e faltar ao trabalho com 3,9%.

Ter alguma outra doença crônica foi informado por 25,4% dos pacientes, a hipertensão aparece em 61,4%, a diabetes com 16,1%, a asma com 3,9%, hepatite B com 3,2% das outras doenças crônicas informadas. 25,0% utiliza outro medicamento constantemente, os anti-hipertensivos representa 53,8% e 9,2% são hipoglicemiantes.

Informaram 51,8% dos pacientes que os médicos explicam bastante a sua condição de saúde, 39,1% acham suficiente a explicação destes e 9,1% pouco. Quanto a se sentir informado sobre o HIV/aids, 5,9% sente-se nada informados.

Em se tratando do paciente conversar com seu médico sobre os seus medicamentos ARV, as respostas equipararam-se, 22,9% nada conversam, 28,9% conversam pouco, 22,9% conversam o suficiente e 25,3% conversam bastante. Ao mesmo tempo, 63,5% responderam ter pouco conhecimento sobre os medicamentos ARV, 22,2% ter razoável e 14,3% ter bom conhecimento.

53,4% dos pacientes não sabem o nome dos medicamentos que usa para tratar HIV/aids, Só 32,8 sabem o nome de todos e 13,8% sabem o de alguns medicamentos ARV. 18,2% dos pacientes declararam que seus médicos conversam pouco ou nada sobre os seus medicamentos ARV, 40,9% informaram que conversam suficiente e 31,0% conversam bastante.

Quando se trata da participação dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento 12,3% declararam participarem em nada, 28,1% pouco participam, 39,1% informaram suficiente e 20,6% bastante. 63,3% acham que deveriam participar mais das decisões sobre seu tratamento, 35,3% disseram não.

Na farmácia, 81,5% dos pacientes entrevistados declararam não receber nenhuma orientação sobre o uso de seus medicamentos ARV. 65,1% sentem-se bastante seguros e 27,7% sentem-se suficientemente seguros quanto a forma de tomar seus medicamentos.

No caso de dúvidas sobre os medicamentos ARV, 87,0% sempre perguntam ao médico, 9,9% pergunta sempre ao farmacêutico e 24,1% pergunta sempre a outro profissional, nesse estudo a referência é o técnico de enfermagem que trabalha no setor há dezesseis anos e da enfermeira do ambulatório de DIP.

## 7.2 Análise uni-variada

O estudo mostrou uma prevalência de 28,5% (72 pacientes) não aderentes e 71,5% (181) pacientes aderentes. A análise uni-variada, em relação às características sócio demográficas e de comportamento social, evidenciou que as pessoas com idade de 18 a 35 anos ( $p=0,01$ ), que fumam ( $p=0,01$ ), usam drogas ilícitas ( $p=0,01$ ), não tem religião ( $p=0,01$ ) e não fazem atividade física ( $p=0,005$ ) estão associadas a não adesão (tabela 5).

**Tabela 5** – Características sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.

Características sócio-demográficas e de comportamento social	Não adesão				OR*IC** 95%	X <sup>2***</sup>	p-value
	Sim		Não				
	n° 72	%	n°= 181	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	45	62,5	111	65,3	1,0	0,17	0,67
Feminino	27	37,5	59	34,7	1,13(0,61<OR<2,08)		
<b>Idade</b>							
De 18 até 35 anos	23	31,9	33	18,2	2,10(1,12<OR<3,92)	5,59	0,01
Acima de 35 anos	49	68,0	148	81,7	1,0		
<b>Escolaridade</b>							
Analfabeto até 8ª série	42	58,3	96	53,0	1,23(0,71<OR<2,15)	0,58	0,44
2º grau e superior	30	41,6	85	46,9	1,0		
<b>Estado civil</b>							
Solteiro	31	43,1	66	38,8	1,19(0,66<OR<2,16)	0,38	0,53
Casado	28	38,9	67	39,4			
Separado/divorciado	9	12,5	27	15,9	1,0		
Viúvo	4	5,6	10	5,9			
<b>Situação profissional atual</b>							
Empregado	44	61,1	103	56,9	1,19(0,68<OR<2,07)	0,37	0,54
Não empregado	28	38,8	78	43,0	1,0		
<b>Raça/Cor (declarada)</b>							
Branca	18	25,0	44	24,3	1,03(0,55<OR<1,95)	0,01	0,90
Negra,	54	75,0	137	75,6	1,0		
Morena, Índio							

**Tabela 5** – Características sócio demográficas e de comportamento social dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV. (conclusão)

<b>Municípios de residência</b>								
Recife	30	41,7	66	36,5	1,24(0,69<OR<2,26)			
Municípios da RMR	34	47,2	85	47,0			0,59	0,44
Outros municípios de PE e um da PB	8	11,1	30	16,6		1,0		
<b>Consome bebida alcoólica</b>								
Não	12	16,6	29	16,2	1,03(0,49<OR<2,16)		0,00	0,92
Sim	60	83,3	150	83,8		1,0		
<b>Quantos copos de bebida alcoólica bebe num dia típico</b>								
1 a 6 copos	17	37,8	45	54,9		1,0		
7 a 12 copos	13	28,9	21	25,6			3,01	0,08
Acima de 13 copos	15	33,3	16	19,5		2,06 (0,84<OR<5,11)		
<b>Fuma</b>								
Sim	22	30,5	31	17,1	2,12(1,13<OR<4,01)		5,60	0,01
Não	50	69,4	150	82,8		1,0		
<b>Uso de drogas ilícitas</b>								
Não	63	87,5	174	96,2		1,0		
Sim	9	12,5	7	16,3		3,55 (1,15<OR<11,3)	6,48	0,01
<b>Participa de ações de alguma igreja/religião</b>								
Não	23	31,9	32	17,7	2,19 (1,12<OR< 4,28)		6,16	0,01
Sim	49	68,1	149	82,3		1,0		
<b>Atividade física</b>								
Não	52	72,2	90	52,9	2,31 (1,22<OR<4,39)		7,75	0,005
Sim	20	27,8	80	47,1		1,0		

Fonte: A Autora

Nota: \*OR=Odds ratio; \*\*IC=Intervalo de confiança \*\*\*X<sup>2</sup>= Qui-quadrado.

Nas características epidemiológicas e de rede de apoio, os resultados revelaram que os indivíduos que tiveram parceiros eventuais nos últimos doze meses (p=0,01), os que não conhecem o status sorológico de seus parceiros (p=0,01), os que os parceiros não sabem de sua doença (aids) (p=0,02) e os que não falaram para alguém da família que tem aids (p=0,01) são variáveis associadas a não adesão (tabela 6).

Na análise univariada das características relacionadas à terapia antirretroviral o esquema 2ITRN+ITERNN (esquema básico inicial) não evidenciou relação com a não adesão, já os outros esquemas apresentaram (p=0,03), todos fazem parte das recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids no Brasil-2012. Dentre os motivos de ter deixado de tomar os medicamentos declarados pelas pessoas, somente “a impossibilidade de pegar os medicamentos/viagem” revelou associação com a não adesão (p=0,05) (tabela 7).

Com relação a análise das características da assistência farmacêutica e médica, os fatores que apresentaram significância com relação a não adesão foram: os que tem



dificuldade para ter consulta com seu médico ( $p=0,03$ ), os que o médico não conversa sobre os medicamentos antirretrovirais ( $p=0,03$ ) e os que não perguntam ao médico, diante da dúvida sobre os medicamentos antirretrovirais ( $p=0,05$ ) (tabela 8).

**Tabela 6** – Características epidemiológicas e de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.

(continua)

Características epidemiológicas e de rede de apoio	Não adesão				OR* IC** 95%	X <sup>2***</sup>	p-value
	Sim		Não				
	n°=72	%	n°=181	%			
<b>Como se infectou</b>							
Transfusão de sangue/outra via	1	1,4	10	5,8			
Relações heterossexuais	34	47,2	84	49,4	1,0	1,49	0,22
Relações bissexuais	5	6,9	13	7,6			
Não quer responder	12	16,7	28	16,5			
Relações homossexuais	20	27,8	35	20,6	1,48(0,75<OR<2,93)		
<b>Tempo que é portador (1)</b>							
Menos de 1 ano	6	8,3	9	5,4	1,60(0,48<OR<5,16)		
De 1 a 2 anos	11	15,3	20	12,0		0,74	0,38
Maior ou igual a 3 anos	55	76,4	138	82,6	1,0		
<b>Categoria sexual</b>							
Outras	22	53,6	51	44,3	1,45(0,71<OR<2,97)	1,04	0,30
Heterossexual	19	46,3	64	55,6	1,0		
<b>Parceiros fixos</b>							
Sim	49	69,1	98	57,9	1,61(0,86<OR<3,04)	2,56	0,10
Não	22	30,9	71	42,1	1,0		
<b>N° de parceiros fixos nos últimos 12 meses</b>							
2 ou mais parceiros fixos	8	16,2	11	11,2	1,54(0,52<OR<4,55)	0,76	0,38
1 parceiro fixo	41	83,7	87	88,8	1,0		
<b>Parceiros eventuais nos últimos 12 meses</b>							
Teve	30	41,7	45	26,4	1,98(1,07<OR<3,69)	5,46	0,01
Não teve	42	58,4	125	73,6	1,0		
<b>N° de parceiros eventuais nos últimos 12 meses</b>							
Apenas 1	6	20,0	13	27,7			
2 a 4	13	43,3	19	40,4	1,0	2,24	0,13
5 a 9	4	13,3	10	21,3			
10 ou mais	7	23,3	5	10,6	2,56(0,63<OR<10,69)		
<b>Parceiro com HIV+</b>							
Não	10	16,1	45	36,8			
Sim	16	25,8	29	23,7	1,0	5,81	0,01
Não conhece o status sorológico do parceiro	36	58,1	48	39,5	2,13(1,10<OR<4,17)		
<b>Seu(s) parceiros sabem de sua doença (aids)</b>							
Não	28	45,9	37	29,4	2,04(1,03<OR<4,04)	4,96	0,02
Sim	33	54,0	89	70,6	1,0		
<b>Depois do resultado positivo para o HIV, você usa camisinha com frequência</b>							
Não	15	24,2	29	20,4	1,27(0,59<OR<2,72)	0,42	0,51
Sim	47	75,8	115	79,6	1,0		

**Tabela 6** – Características epidemiológicas e de rede de apoio dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.

(conclusão)

<b>Você falou para alguém de sua família que tem aids</b>							
Não	19	27,9	27	15,0	2,20(1,07<OR<4,52)	5,47	0,01
Sim	49	72,1	153	85,0	1,0		
<b>Você tem apoio de sua família</b>							
Não	10	17,2	32	19,0	1,0	0,09	0,76
Sim	48	82,8	136	81,0	1,13(0,49<OR<2,67)		
<b>Você tem apoio de seus amigos/parceiros</b>							
Não	21	33,3	43	27,2	1,34(0,68<OR<2,63)	0,82	0,36
Sim	42	66,7	115	72,8	1,0		
<b>Participa de alguma ONG</b>							
Não	68	97,1	160	95,2	1,70(0,32<OR<11,92)	0,45	0,50
Sim	2	2,9	8	4,8	1		
<b>Conhecimento sobre o HIV/aids</b>							
Não	51	70,8	121	67,2	1,18(0,65<OR<2,14)	0,30	0,57
Sim	21	29,2	59	32,8	1,0		

Fonte: A Autora

Nota: \*OR=Odds ration; \*\*IC=Intervalo de confiança \*\*\*X<sup>2</sup>= Qui-quadrado.

**Tabela 7** – Características da terapia antirretroviral dos adultos infectados pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.

Características da terapia antirretroviral	Não adesão				OR*IC** 95%	X <sup>2***</sup>	P-value
	Sim		Não				
	n°=72	%	n°= 181	%			
<b>Tempo de uso</b>							
Até 2 anos	17	23,6	32	17,7	1,43(0,74<OR<2,79)	1,16	0,28
Acima de 2 anos	55	76,4	149	82,3	1,0		
<b>Quantos esquemas de ARV usou</b>							
Atual	33	47,1	91	51,1	1	0,31	0,57
Dois ou mais	37	52,9	87	48,9	1,17(0,65<OR<2,12)		
<b>Esquema ARV atual</b>							
2ITRN+ITRNN	29	40,3	100	55,0	1,0		
Outros esquemas	43	59,7	81	45,0	1,83(1,01<OR<3,31)	4,61	0,03
<b>Motivo de ter deixado de tomar seus medicamentos ARV</b>							
Impossibilidade de pegar os medicamentos/viagem	14	19,4	13	10,0	2,17(0,89<OR<5,30)		
Efeitos colaterais	1	1,4	9	6,9		3,57	0,05
Sem motivo aparente/esquecimento	42	58,4	61	46,9	1,0		
Falta de medicação na farmácia	5	6,9	18	13,8			
Depressão/não etendimento	7	9,7	20	15,5			
Para ingerir bebida alcoólica	3	4,2	9	6,9			

Fonte: A Autora

Nota:\*OR=Odds ration; \*\*IC=Intervalo de confiança \*\*\*X<sup>2</sup>= Qui-quadrado.

**Tabela 8** – Características da assistência farmacêutica e médica dos adultos infectados pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV.

(continua)

Características da assistência farmacêutica e médica	Não adesão				OR* IC** 95.%	X <sup>2***</sup>	p-value
	Sim		Não				
	n°=72	%	n°=181	%			
<b>Você tem dificuldade de retirar seus medicamentos</b>							
Sim	21	29,2	34	18,8	1,78(0,90<OR<3,50)	3,26	0,07
Não	51	70,8	147	81,2	1,0		
<b>Você tem dificuldade para ter consulta com seu médico</b>							
Sim	21	29,2	31	17,1	1,99(1,00<OR<3,95)	4,57	0,03
Não	51	70,8	150	82,9	1,0		
<b>Você tem outra doença crônica</b>							
Sim	13	18,3	51	28,2	1,0	2,62	0,10
Não	58	81,7	130	71,8	1,75(0,84<OR<3,68)		
<b>Você utiliza outros medicamentos constantemente</b>							
Não	59	81,9	130	72,2	1,0	2,59	0,10
Sim	13	18,1	50	27,8	1,75(0,84<OR<3,67)		
<b>No consultório, seu médico explica sua condição de saúde</b>							
Não	8	11,3	15	8,3	1,41(0,52<OR<3,75)	0,55	0,45
Sim	63	88,7	166	91,7	1,0		
<b>Você se sente informado sobre HIV/aids</b>							
Sim	41	56,9	108	59,7	1,0	0,16	0,69
Não	31	43,1	73	40,3	1,12(0,62<OR<2,02)		
<b>Você conversa com seu médico sobre seus medicamentos</b>							
Sim	30	41,7	93	51,4	1,0	1,95	0,16
Não	42	58,3	88	48,6	1,48(0,82<OR<2,67)		
<b>Como você definiria seu conhecimento sobre os medicamentos ARV</b>							
Pouco/Razoável	64	88,9	152	84,4	1,47(0,60<OR<3,73)	0,83	0,36
Bom	8	11,1	28	15,6	1,0		
<b>Você sabe o nome dos medicamentos que você usa para tratar HIV/aids</b>							
Sim	37	51,4	81	44,8	1,31(0,73<OR<2,34)	0,91	0,33
Não	35	48,6	100	55,20	1,0		
<b>Seu médico conversa com você sobre seus medicamentos</b>							
Sim	45	62,5	137	75,7	1,0	4,44	0,03
Não	27	37,5	44	24,3	1,87(1,00<OR<3,50)		
<b>Como você classifica sua participação nas decisões sobre seu tratamento</b>							
Sim	41	56,9	110	60,8	1,0	0,31	0,57
Não	31	43,1	71	39,2	1,17(0,65<OR<2,11)		
<b>Você acha que deveria participar mais das decisões sobre seu tratamento</b>							
Sim	51	70,8	110	61,1	1,55(0,82<OR<2,91)	2,11	0,14
Não	21	29,2	70	38,9	1,0		
<b>Você recebe orientações na farmácia sobre o uso dos medicamentos</b>							
Sim	8	11,1	22	12,2	1,0	0,05	0,81
Não	64	88,9	159	87,8	1,11(0,44<OR<2,87)		
<b>Você se sente seguro quanto à forma de tomar seus medicamentos</b>							
Sim	66	91,7	169	93,4	1,0	0,23	0,63
Não	6	8,3	12	6,6	1,28(0,41<OR<3,87)		
<b>Quando você tem alguma dúvida sobre seus medicamentos ARV, qual a sua atitude:</b>							
<b>Pergunta ao médico</b>							
Sim	58	80,6	162	89,5	1,0	3,64	0,05
Não	14	19,4	19	10,5	2,06(0,91<OR<4,64)		

**Tabela 8** – Características da assistência farmacêutica e médica dos adultos com infecção pelo HIV/aids, entrevistados no ambulatório de DIP do HC, relacionadas com não adesão ao tratamento com ARV. (conclusão)

<b>Pergunta ao farmacêutico</b>							
Sim	8	11,1	17	9,4	1,21(0,45<OR<3,15)	0,17	0,67
Não	64	88,9	164	90,6	1,0		
<b>Pergunta a outro profissional</b>							
Sim	17	23,6	44	24,3	1,0	0,01	0,90
Não	55	76,4	137	75,7	1,04(0,52<OR<2,08)		

Fonte: A Autora.

Nota: \*OR=Odds ration; \*\*IC=Intervalo de confiança \*\*\*X<sup>2</sup>= Qui-quadrado.

## 8 DISCUSSÃO

Com a política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais no Brasil, torna-se de extrema importância estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral, permitindo uma melhor compreensão do problema e atuação adequada das equipes multiprofissionais.

A adesão neste estudo foi de 71,5%, coerente com as investigações realizadas por Nemes, Carvalho e Souza (2004); Brito, Szwarcwald e Castilho (2006) e Bonolo, Gomes e Guimarães (2007).

Quanto às características sociodemográficas, a amostra apresentou a razão de casos homem/mulher compatível com as tendências epidemiológicas nacionais, 2 para 1, como também a baixa escolaridade.

No que se refere a idade, existe certo consenso na literatura, segundo a qual, em doenças crônicas, a aderência aumenta com a idade, exceto no caso dos idosos acima de 75 anos, devido provavelmente à frequência de múltiplas doenças e à complexidade dos regimes terapêuticos (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006; MEHTA; MOORE; GRAHAM, 1997).

A associação entre uso de álcool e menor aderência já é motivo de vários estudos. Na pesquisa coordenada por Nemes et al. (2009), entre os pacientes que referiam ter “ficado alto” com bebida no último mês, a prevalência de não adesão foi de 47,5%, ao passo que as pessoas que referiam que não se embriagaram, a prevalência de não adesão foi de 28,5%, embora neste estudo o uso do álcool não apresente resultados significantes em relação a não adesão (Tabela 1).

Os resultados deste estudo apresentaram associação entre a não adesão e a variável fumar, discordando de Ventura (2006). No seu estudo a associação entre o consumo de tabaco e a adesão à terapêutica ARV foi analisada em dois artigos, mas não foi encontrada associação entre as variáveis. Já Carvalho et al. (2003) e Webb (2009), encontraram nos seus estudos, associação deste hábito com a não adesão aos medicamentos ARV.

A maioria dos trabalhos que investiga o uso de drogas e HIV está voltada para grupos específicos, principalmente para os usuários de drogas injetáveis (UDI), que apresentam uma menor taxa de adesão (MEHTA; MOORE; GRAHAM, 1997). Nesta pesquisa a maconha foi a droga declarada como mais usada (68,2%), dos que informaram fazer uso de drogas ilícitas. No geral, o uso de drogas ilícitas, injetáveis ou não, apresentou resultados significativos com

relação a não adesão. No estudo coordenado por Nemes et al. (2000), entre os que não injetavam drogas, a não aderência foi de 30%.

Este estudo evidenciou que os pacientes que não tem uma religião, apresentaram um risco três vezes maior de não aderir ao tratamento. Embora esta categoria não seja investigada com frequência na literatura que aborda adesão, este fator é importante, à medida que a crença que o paciente possui, interfere diretamente na adesão ou não. Na opinião de Gir (1997) e Melchior (2000); pacientes encontram na crença religiosa, um grande auxílio para suportar as privações e angustias impostas pela doença, acreditam na eficácia do tratamento, tenderão a ser mais aderentes.

Os resultados da meta-análises indicam que adultos que vivem com HIV pode esperar muitos benefícios do exercício aeróbio, melhoria na função cardiorrespiratória e da saúde psicológica (NIXON et al., 2005). Sugere uma conformidade com os resultados neste estudo em que os indivíduos que fazem atividade física são mais aderentes, devido a uma possível melhora da sua saúde psicológica levando ao autocuidado.

Com relação às características epidemiológicas e de rede de apoio: as variáveis “parceiros não HIV+”, “teve parceiros eventuais nos últimos 12 meses”, “os que os parceiros não sabem de sua doença (aids)” e “os que não falaram para alguém da família “ estão, relacionadas com a não adesão ao tratamento antirretroviral e é possível estar relacionado ao *isolamento*, isto é comum entre os portadores, decorrente do medo advindo do estigma social. Manter sigilo parece ser a saída mais adequada (TEXEIRA, 2000).

O auto-isolamento imposto pode resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais estáveis. O suporte social tem um papel importante ao amenizar consequências negativas de eventos estressantes, enquanto o apoio insuficiente de pessoas do meio sócio-familiar ou comunitário parece afetar negativamente a adesão (SEIDL, 2007).

Com relação à terapia antirretroviral, nesta investigação, foi evidenciada uma associação significativa com a não adesão aos esquemas iniciais alternativos, especiais e de resgate. O regime terapêutico com os ARV tem sido muito lembrado por vários autores como fator potencialmente associado a não adesão, os estudos empíricos ainda são raros e controversos. Entre os motivos identificados para a não adesão, cita-se: tomar mais de três doses por dia, tamanho do comprimido e restrição dietética. Contudo, pesquisas mais recentes têm mostrado, porém, que o número de medicamentos e de doses não influenciam a adesão (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006).

Em seu estudo, Melchior (2000) coloca que outros fatores dificultam a adesão ao tratamento, por parte do paciente, além do esquecimento, como, por exemplo, não se sentir à vontade no local onde se encontra para ingestão do medicamento, sentir-se bem e, em consequência disso, se abandona o tratamento, mas o inverso também acontece, ou seja, a interrupção, devido ao incômodo causado pelos efeitos colaterais dos medicamentos, “férias” da medicação em situações como: festas, feriados, viagens, finais de semana.

Neste estudo, 43,7% das pessoas declararam o esquecimento/sem motivo aparente como motivos que os levaram a deixar de tomar os seus medicamentos ARV, a impossibilidade de pegar os medicamentos/viagens foi o único que apresentou resultados significantes de associação com a não adesão.

Em se tratando das variáveis relacionadas à assistência farmacêutica e médica neste estudo: os pacientes que tiveram dificuldade em ter consulta com seus médicos, os que os seus médicos não conversam com eles sobre os seus medicamentos e os que não tiram suas dúvidas sobre os seus medicamentos antirretrovirais com seus médicos tiveram resultados significativo relacionados com a não adesão.

Mesmo não apresentando relação significativa com a não adesão, as variáveis em que 42,8% dos entrevistados informaram que seu nível de conhecimento sobre HIV/aids é pouco/nenhum, 63,5% dos entrevistados informam ter pouco conhecimento sobre os medicamentos e 53,4% destes entrevistados não sabem o nome dos medicamentos ARV que usam sugere um fator importante, que interfere na adesão, a forma como são realizadas as orientações fornecidas ao paciente. O papel dos serviços de saúde é extremamente importante na adesão e, a disponibilidade de diálogo, a comunicação, a negociação por parte do serviço possibilitam uma relação aberta, já que a adesão é um caminho de várias vias. Amplia-se o entendimento de adesão, e devido às suas múltiplas dimensões, surge um novo paradigma de adesão, ou seja, um modelo que passa a ser construído entre paciente, equipe e serviço de saúde.

Apareceram com 81,9% e 80,5% o custo do transporte como sendo a dificuldade, primeiro de ter consulta com o médico e a segunda de retirar os medicamentos ARV na UDM. A não acessibilidade pode ser um fator preditivo para não adesão.

## 9 CONCLUSÃO

O estudo apresenta o nível de adesão de 71,6% e os fatores associados a não adesão que apresentaram significância nesta pesquisa foram: idade de 18 a 35 anos, tabagismo, uso de drogas ilícitas, não ter religião, não fazer atividade física, ter parceiros eventuais, não conhecer o status sorológico dos parceiros, parceiros não são HIV+, não falar para alguém da família, usar esquema terapêutico básico alternativo, especiais e de resgate, viagens, ter dificuldade de ter consulta com seu médico, médico não conversa sobre seus medicamentos ARV, não pergunta ao médico quando tem dúvidas sobre seus medicamentos ARV.

Assim surge o perfil do indivíduo com maior risco de interrupção do tratamento com ARV, atendido no Hospital das Clínicas da UFPE. Possibilitando a adoção de medida que aumentem a adesão observada e que venha contribuir com o estabelecimento de informações para um sistema de vigilância e por meio da atenção farmacêutica integrada às atividades de uma equipe multiprofissional.

Segundo Ivama et al. (2002), o conceito de atenção farmacêutica:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

A proposição principal extraída deste estudo é a necessidade de monitoramento contínuo dos pacientes. A fase inicial da terapia é crítica e, para criar vínculo com o paciente, é necessário acompanhamento individual, suporte social e informação sobre aids. Os serviços de referências para HIV/aids devem monitorar o início do tratamento no sentido de superar prováveis obstáculos, otimizar as boas experiências e incrementar a adesão aos antirretrovirais.



## **10 RECOMENDAÇÕES**

Ressaltar a importância da inserção do profissional farmacêutico à equipe multiprofissional, fazendo-se necessário à apropriação, por parte deste profissional, das atividades que englobam a atenção farmacêutica, incorporando-as às ações da equipe multiprofissional que compõem o SAE.

Os resultados obtidos sugerem que o papel da equipe seja considerado determinante na percepção do indivíduo, no respeito à maneira de ver, sentir e de reagir de cada pessoa. Assim, deve-se considerar que o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001).

## REFERÊNCIAS

- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 8, n. 1, 1/26 sem. epidemiol. jan./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_final\\_m\\_pdf\\_26659.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2013.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 9, n. 1, 1/26 sem. epidemiol. jun. 2012. Disponível em: <[http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/boletim\\_jornalistas\\_pdf\\_22172.pdf](http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- BOLETIM. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, ano 1, n. 6, 1 sem. jun. 2012.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 261-278, ut./dez. 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2010.
- BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19313.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- BRASIL. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom>>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 86-92, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a17v52n2.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2010.
- CARPENTER, C. C. J. et al. Antiretroviral therapy in adults: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. **JAMA**, Chicago, v. 283, n. 3, p. 381-390, Jan. 2000.

CARR, A.; COOPER, D. A. HIV and AIDS. Gap between biology and reality in AIDS. **Lancet**, London, v. 352, suppl. 4, p. 16. Dec. 1998.

CARVALHO, C. V. et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 593-604, mar./abr. 2003.

CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 30, suppl. 2, p. 171-S176, 2000.

CLOUGH, L. A. et al. Factors that predict incomplete virological response to protease inhibitor - based antiretroviral therapy. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 29, n. 1, p. 75-81, 1999.

COHEN, C. J.; MEYERS, J. L.; DAVIS, K. L. Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalisation risk, and other healthcare utilization and costs in a US Medicaid population with HIV. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 8, 2013. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003028.full>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

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

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-581, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/292.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012.

DADER, M. J. F.; MUÑOS, P. A.; MARTINEZ-MARTINEZ, F. **Atenção farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos**. São Paulo: RCN, 2008.

DEWULF, N. L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **RBCF, Rev. Bras. Cienc. Farm. (Online)**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a13v42n4.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012.

FAUSTINO, Q. M. **Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

GIR, E. **A Sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1)**. 1997. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

HALLAL, R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Rev. Tempus**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 53-66, 2010.

- HAUBRICH, R. H. et al. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *Aids*, London, v. 13, n. 9, p. 1099-1107, Jun. 1999.
- HECHT, F. M. et al. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In: CONFERENCE RETROVIR OPPOR INFECT, 5., 1998, Chicago. **Abstracts**. San Francisco: Foundation for Retrovirology and Human Health, 1999. n. 151.
- HOLODNIY, M. Editorial response-What is antiretroviral failure?. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 29, p. 82-84, 1999.
- ICKOVICS, J. R.; MEISLER, A. W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 50, n. 4, p. 385-391, 1997.
- IVAMA, A. M. et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2012.
- KITAHARA, M. M. et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 360, n. 18, p. 1815-1826, Apr. 2009.
- LEWDEN, C. et al. Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005: the “mortalité 2000 and 2005” surveys (ANRS EN19 and Mortavic). **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, Hagerstown, v. 48, n. 5, p. 590-598, Aug. 2008.
- MALTA, M. et al. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 1424-1432, set./out. 2005.
- MARINS, J. R. P. Acesso universal aos ARV hoje, uma prioridade mais do que nunca! **Rev. Tempus**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 75-87, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/793/780>>. Acesso em: 19 maio 2012.
- MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *Aids*, London, v. 17, n. 11, p. 1675-1682, Jul. 2003.
- MEHTA, S.; MOORE, R. D.; GRAHAM, N. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids*, London, v. 11, n. 14, p. 1665-1670, Nov. 1997.
- MELCHIOR, R. **Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids**: uma análise qualitativa. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- NEMES, M. I. B. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In : TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (Org.) **Tá difícil de engolir**. São Paulo: NEPAIDS, 2000. p. 5-22.
- NEMES, M. I. B. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/28.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2012.

NEMES; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M. F.M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, London, v. 18, p. 15-20, 2004.

NIXON, S. et al. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst. Rev. (Online)*, Oxford, v. 18, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001796.pub2/abstract;jsessionid=6AFF2536FA76CE9EB5602A0758564BC0.f03t01>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

NOGUEIRA, I. A. L. et al. Estudo da dispensação de medicamentos anti-retrovirais a pacientes infectados por HIV no serviço de farmácia do HC-UFG: primeiro passo na implantação da atenção farmacêutica. *Rev. Eletrônica Farm.*, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 104-112, 2007.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Rev. Cienc. Farm. Básica Apl.*, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 229-233, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral em Latinoamérica**. Washington, DC, 2011.

PATERSON, D.; POTOSKI, B.; CAPITANO, B. Measurement of adherence to antiretroviral medications. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, Hagerstown, v. 31, suppl. 3, p. S103-106, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Chegando a zero: estratégia para 2011 a 2015**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_pt.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf)> Acesso em: 10 abr. 2012.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **UNAIDS: Tratamento com antirretrovirais evitou 2,5 milhões de mortes desde 1995**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/unaids-tratamento-com-antirretrovirais-evitou-25-milhoes-de-mortes-desde-1995/>>. Acesso em: 15 maio 2012.

ROBERTS, K. J. Barriers to and facilitators of HIV-patient adherence to antiretroviral treatment regimens. *AIDS Patient Care STDS*, Larchmont, v. 14, n. 3, p. 155-168, Mar. 2000.

ROSSI, S. M. G. et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, v. 32, n. 2, p. 117-223, 2012.

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. 2305-2316, 2007.

SINGH, N. et al. Adherence of human immunodeficiency virus - infected patients to antiretroviral therapy. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 29, n. 4, p. 824-830, 1999.

STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) STUDY GROUP. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 355, n. 22, p. 2283-2296, Nov. 2006.

TEIXEIRA P. R. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000.

VENTURA, A. Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção VIH/SIDA. **Arq. Med.**, Porto, v. 20, n. 1/2, p. 37-49, fev. 2006.

WACHHOLZ, N. I. R.; FERREIRA, J. Adherence to antiretroviral therapy in children: a study of prevalence and associated factors. Adesão aos anti-retrovirais em crianças: um estudo da prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Supl. 3, p. 424-434, 2007.

WATSON, D. C.; FARLEY, J. J. Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, Baltimore, v. 18, n. 8, p. 682-689, Aug. 1999.

WEBB, M. S. et al. Adesão à medicação em fumantes infectados pelo HIV: o papel mediador de sintomas depressivos. **AIDS Educ. Prev.**, New York, v. 21, p. 94-105, 2009.

WILSON, L. E.; GALLANT, J. E. HIV/AIDS: the management of treatment-experienced HIV-infected patients: new drugs and drug combinations. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 48, n. 2, p. 214-221, Jan. 2009.

WILSON, I. B.; TCHETGEN, E.; SPIEGELMAN, D. Patterns of adherence with antiretroviral medications: An examination of between-medication differences. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, Boston, v. 28, n. 3, p. 259-263, 2001.

WOOD, E. et al. Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996. **Aids**, London, v. 16, n. 15, p. 2065-2072, Oct. 2002.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

<b>QUESTIONÁRIO</b>	
<b>PESQUISA: Adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/ aids, atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE</b>	
<b>FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS</b>	
<b>PARTE 1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
N. ORDEM: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	DATA DA ENTREVISTA: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>
N. PRONTUÁRIO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
NOME _____	
NOME DA MÃE: _____	
ENDEREÇO: RUA _____ N° _____	
COMPL. _____ BAIRRO _____ CÓDIGO B _____	
MUNICÍPIO _____ CÓDIGO M _____	
RESIDÊNCIA FIXA: SIM [ 1 ] NÃO [ 2 ]	
PROCEDÊNCIA: [ 1]- AMBULATÓRIO [ 2]-ENFERMARIA [ 3]-H.DIA [ 4]-ADT [ 5]-CASA DE APOIO [5]- OUTRO _____	
N. SUS: <input style="width: 100px;" type="text"/> NOTIFICADO SINAN: SIM [ 1 ] NÃO [ 2 ] IGN [9]	
<b>PARTE 2- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE COMPORTAMENTO SOCIAL</b>	
Q21-DATA NASCIMENTO: ____/____/____ Q22- IDADE COMPLETA (em anos) I__I__I	
Q23- ESCOLARIDADE: [1] Analfabeto [2] 1ª a 4ª série [3] 5ª a 8ª [4] 2º grau [5] Superior [9] não quer responder/IGN	
Q24- ESTADO CIVIL: [1] Solteiro [2] Casado [3] Separado/divorciado [4] Viúvo	
Q25- OCUPAÇÃO: _____	
Q26- SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:	
[1] Empregado [2] Autônomo [3] Mercado informal [3] Aposentado [4] Desempregado [5] Outro: _____	
Q27-RAÇA/ETNIA (Como você se declara?):	
[1] Branca [2] Moreno/Parda [3] Negra [4] Índio [5] Outra: _____	
Q28- CONSOME BEBIDA ALCOÓLICA? [1] Nunca [2] Raramente/Às vezes (menos de uma vez por mês) [3] Finais de semana	
[4] Sempre (pelo menos 3 dias/semana) [5] Parou de beber há mais de um ano	
Q29- SE BEBE, QUANTOS COPOS DE BEBIDA TOMA NUM DIA TÍPICO: _____	
Q210- VOCÊ FUMA? [1] Sim [2] Não [3] Parou de fumar há mais de um ano	
Q2101-Há quanto tempo parou (anos)? _____ Q2102: Fuma/fumou quantos anos? _____ Q210.3: Quantos cigarros/dia: _____	
Q211- FAZ USO DE ALGUMA DROGA ILÍCITA?	
[1] Nunca [2] Raramente [3] Nos finais de semana [4] Sempre (3 dias/semana ou +) [5] Parou de usar [9] Não quer informar	
Q212- CITE O AS DROGAS QUE USA: _____	
Q213- VOCÊ PARTICIPA DAS ATIVIDADES DE ALGUMA IGREJA OU SEGUE ALGUMA RELIGIÃO?	
[1] Não [2] Sim Q21.1: Qual? _____	
Q214- VOCÊ REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?	
[1] Não [2] Sim, às vezes [3] Sim, regularmente Q214.1- Qual? _____	



**PARTE 3 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E REDE DE APOIO**

- Q31- COMO VOCÊ SE INFECTOU COM O VÍRUS DA AIDS: [1] Hemofílico [2] Transfusão sangue [3] Uso de drogas injetáveis [4] Relações Heterossexuais [5] Relações homossexuais [6] Relações bissexuais [7] Outra via: \_\_\_\_\_  
[9] Não quer responder/não sabe
- Q32- VOCÊ SABE HÁ QUANTO TEMPO É PORTADOR DO HIV ?  
[1] Sim [2] Não [3] Não quer informar
- Q33- SE Q32 FOR SIM, HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SABE QUE É HIV+: [1] < 1ano; [2] 1 a 2 anos; [3] =>3 anos
- Q34- EM QUAL DESTAS CATEGORIAS SEXUAIS VOCÊ SE CLASSIFICARIA?  
[1] Heterossexual [2] Homossexual [3] Bissexual [4] Travesti [5] Transexual/transgênero [6] Outro: \_\_\_\_\_  
[8] Não quer informar [9] Não sabe informar
- Q35- COM QUANTOS PARCEIROS FIXOS VOCÊ TEVE RELAÇÃO SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES? [1] \_\_\_\_\_ (NÚMERO) [2] Não tem parceiro FIXOS [8] Não quer informar [9] Não sabe informar
- Q36- COM QUANTOS PARCEIROS EVENTUAIS/CASUAIS VOCÊ TEVE RELAÇÃO SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES? [1] \_\_\_\_\_ (NÚMERO) [2] não teve parceiros EVENTUAIS/CASUAIS [8] Não quer informar [9] não sabe informar
- Q37- ALGUM DE SEUS PARCEIROS É HIV-POSITIVO? [1] Não [2] Sim [8] não quer informar [9] Não conhece o status sorológico de seus parceiros [7] Não se aplica
- Q38- SEUS PARCEIRO/AS SABE/M QUE VOCE TEM AIDS?  
[1] Não [2] Sim [8] Não quer informar [7] Não se aplica
- Q39- ANTES DE VOCÊ SABER QUE TINHA HIV, VOCÊ USAVA CAMISINHA? [1] Não, nunca [2] Sim, sempre [3] Sim, às vezes [8] não quer informar [9] não sabe informar/não se lembra
- Q310- DEPOIS DO RESULTADO POSITIVO PARA O HIV COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ USA CAMISINHA?  
[1] Nunca [2] Às vezes [3] Em todas as relações sexuais [4] Não teve mais relações sexuais [8] Não quer informar [9] Não sabe informar
- Q311- VOCÊ FALOU PARA ALGUM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA QUE TEM AIDS?  
[1] Não [2] Sim [3] Quem? \_\_\_\_\_
- Q312- VOCÊ TEM APOIO/AJUDA DE SUA FAMÍLIA?  
[1] Não [2] Sim [3] Quem? \_\_\_\_\_ [4] Tipo de apoio \_\_\_\_\_
- Q313- VOCÊ TEM APOIO DE AMIGOS/PARCEIROS? [1] Não [2] Sim
- Q314- VOCÊ PARTICIPA DE AÇÕES DE PREVENÇÃO ALGUMA ONG ?  
[1] Não [2] Sim [3] Qual a ONG: \_\_\_\_\_ [4] Desde quando? \_\_\_\_\_ (em meses)
- Q315- QUAL A ATIVIDADE DA ONG QUE VOCÊ PARTICIPA? \_\_\_\_\_
- Q316- COM QUE FREQUENCIA VOCE PARTICIPA DE ONG? [1] Regularmente [2] Menos de uma vez/mês [3] Raramente/ menos de uma vez por semestre
- Q317- COMO VOCÊ DEFINIRIA SEU CONHECIMENTO SOBRE A INFECÇÃO PELO HIV E AIDS?  
[1] Nenhum/Pouco conhecimento [2] Médio [3] Bom/ótimo conhecimento



**PARTE 4 - TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Q41- DATA DA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO MÉDICA DE ARV: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ [SE NÃO SOUBER, COLOQUE 99/99/9999]

Q42- QUANDO VOCÊ COMEÇOU A USAR MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
[DD/MM/AAAA]

[SE NÃO SOUBER, COLOQUE 99/99/9999]

Q43- QUANTOS ESQUEMAS DE ARV QUE VOCÊ JÁ USOU?

[1] APENAS O ATUAL [2] DOIS [3] TRÊS [4] QUATRO [5] CINCO [6] SEIS U OU MAIS [9] Não sabe quantos

Q44- PRIMEIRO ESQUEMA (nome dos medicamentos): \_\_\_\_\_

Q45- 1ª MUDANÇA (data): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : Q45.1- NOME DOS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

Q46- 2ª MUDANÇA (data): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : Q46.1- NOME DOS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

Q47- 3ª MUDANÇA (data): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : Q47.1- NOME DOS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

Q48- 4ª MUDANÇA (data): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : Q48.1- NOME DOS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

Q49- 5ª MUDANÇA (data): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : Q49.1- NOME DOS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

EM RELAÇÃO AO ESQUEMA ATUAL DE ARV (ESQUEMA PRESCRITO EM USO NO MOMENTO):

Q410- EM QUE HORA DO DIA (E DOSE) VOCÊ TOMA SEUS MEDICAMENTOS ARV?

Q410.1- Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_ Q41011 HORA: \_\_\_\_\_ Q41012 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41013 HORA: \_\_\_\_\_ Q41014 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41015 HORA: \_\_\_\_\_ Q41016 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41017 HORA: \_\_\_\_\_ Q41018 DOSE: \_\_\_\_\_

Q410.2- Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_ Q41021 HORA: \_\_\_\_\_ Q41022 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41023 HORA: \_\_\_\_\_ Q41024 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41025 HORA: \_\_\_\_\_ Q41026 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41027 HORA: \_\_\_\_\_ Q41028 DOSE: \_\_\_\_\_

Q410.3- Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_ Q41031 HORA: \_\_\_\_\_ Q41032 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41033 HORA: \_\_\_\_\_ Q41034 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41035 HORA: \_\_\_\_\_ Q41036 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41037 HORA: \_\_\_\_\_ Q41038 DOSE: \_\_\_\_\_

Q410.4- Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_ Q41041 HORA: \_\_\_\_\_ Q41042 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41043 HORA: \_\_\_\_\_ Q41044 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41045 HORA: \_\_\_\_\_ Q41046 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41047 HORA: \_\_\_\_\_ Q41048 DOSE: \_\_\_\_\_

Q410.5- Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_ Q41051 HORA: \_\_\_\_\_ Q41052 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41053 HORA: \_\_\_\_\_ Q41054 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41055 HORA: \_\_\_\_\_ Q41056 DOSE: \_\_\_\_\_

Q41057 HORA: \_\_\_\_\_ Q41058 DOSE: \_\_\_\_\_

Q411- ALGUMA VEZ VOCÊ DEIXOU DE USAR OS ARV POR UM DIA OU MAIS DE UM DIA?

[1] Não [2] Sim

Q412- QUANTAS VEZES VOCÊ FICOU MAIS DE UM DIA SEM TOMAR OS MEDICAMENTOS?

[1] Uma vez [2] Duas vezes [3] Três vezes [4] Quatro vezes ou mais

Q413- NA ÚLTIMA SEMANA, VOCÊ DEIXOU DE TOMAR ALGUM MEDICAMENTO NO HORÁRIO?

[1] Não [2] Sim

Q414- Se a resposta Q413 FOI sim, QUAL O MEDICAMENTO/HORÁRIO:

Q414.1- NOME DO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ Q414.11- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.12- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.13 -HORA: \_\_\_\_\_

Q414.14 - HORA: \_\_\_\_\_

Q414.2- NOME DO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ Q414.21- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.22- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.23 -HORA: \_\_\_\_\_

Q414.24 - HORA: \_\_\_\_\_

Q414.3- NOME DO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ Q414.31- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.32- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.33 -HORA: \_\_\_\_\_

Q414.34 - HORA: \_\_\_\_\_

Q414.4- NOME DO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ Q414.41- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.42- HORA: \_\_\_\_\_

Q414.43 -HORA: \_\_\_\_\_

Q414.44 - HORA: \_\_\_\_\_

Q415- QUAL O MOTIVO DE TER DEIXADO DE TOMAR OS MEDICAMENTOS (pode ser mais de um)?

[1] Efeitos colaterais [2] Sem motivo aparente [3] Impossibilidade de buscar a medicação

[4] Não entendimento da prescrição [5] Falta da medicação na farmácia

[6] Outros [7] Se outros, quais? \_\_\_\_\_

## PARTE 5: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E MÉDICA

Q51- VOCÊ TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA RETIRAR SEUS MEDICAMENTOS?

[1] Não [2] Sim [3] Qual? \_\_\_\_\_

Q52- VOCÊ TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA TER CONSULTA COM O SEU MÉDICO?

[1] Não [2] Sim [3] Qual? \_\_\_\_\_

Q53- VOCÊ TEM ALGUMA OUTRA DOENÇA CRÔNICA?

[1] Não [2] Sim [3] Qual? \_\_\_\_\_

Q54- VOCÊ UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO CONSTANTEMENTE?

[1] Não [2] Sim [3] Qual? \_\_\_\_\_

Q55- NO CONSULTÓRIO, O MÉDICO EXPLICA SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE?

[1] Nada [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q56- VOCÊ SE SENTE INFORMADO SOBRE HIV/AIDS?

[1] Nada [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q57- VOCÊ CONVERSA COM SEU MÉDICO SOBRE SEUS MEDICAMENTOS?

[1] Nada [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q58- COMO VOCÊ DEFINIRIA SEU CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS ARV?

[1] Pouco conhecimento [2] Conhecimento razoável [3] Bom conhecimento

Q59- VOCÊ SABE O NOME DOS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ USA PARA TRATAR HIV/AIDS?

[1] Não [2] Sim, de todos [3] Sim, de alguns

Q510- SEU MÉDICO CONVERSA COM VOCÊ SOBRE SEUS MEDICAMENTOS?

[1] Nada [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q511- COMO VOCÊ CLASSIFICA SUA PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES SOBRE SEU TRATAMENTO?

[1] Nada [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q512- VOCÊ ACHA QUE DEVERIA PARTICIPAR MAIS DAS DECISÕES SOBRE SEU TRATAMENTO?

[1] Não [2] Sim [3] Não sabe

Q513- VOCÊ RECEBE ORIENTAÇÕES NA FARMÁCIA SOBRE O USO DOS MEDICAMENTOS?

[1] Nenhuma [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q514- VOCÊ SE SENTE SEGURO QUANTO À FORMA DE TOMAR SEUS MEDICAMENTOS?

[1] Não [2] Pouco [3] Suficiente [4] Bastante

Q515- QUANDO VOCÊ TEM ALGUMA DÚVIDA SOBRE OS MEDICAMENTOS ARV, QUAL A SUA ATITUDE?

Q515.1- PERGUNTA AO MÉDICO: [1] Sempre [2] Às vezes [3] Nunca

Q515.2- PERGUNTA AO FARMACÊUTICO: [1] Sempre [2] Às vezes [3] Nunca

Q515.3- PERGUNTA A OUTRO PROFISSIONAL: [1] Sempre [2] Às vezes [3] Nunca

:

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM PESSOAS COM AIDS, ATENDIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE**

Este documento procura dar a você informações e ao mesmo tempo lhe convidar para participar da pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, que busca analisar a forma como as pessoas iniciam e permanecem no tratamento com antirretrovirais. Este estudo torna-se importante para conhecer as vivências ligadas ao uso do medicamento, como dificuldades, que interferem diretamente no tratamento destas pessoas e na sua qualidade de vida.

Caso o Sr.(a) aceite fazer parte deste estudo, sua participação será a de responder a uma entrevista, por meio de um questionário com perguntas fechadas, onde o único risco que poderá existir será o de constrangimento diante de alguma pergunta, mas procuraremos diminuir este risco fazendo a entrevista em uma sala do ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias – DIP, do Hospital das Clínicas da UFPE, de forma privada. Além disso garantimos que suas informações pessoais será mantida em sigilo e que o resultado desta pesquisa não revelará de forma nenhuma qualquer dado que permita sua identificação. Durante esse processo, as pessoas convidadas a participar da pesquisa aguardarão o momento da entrevista assistindo um vídeo educativo e será oferecido um lanche durante o período que permanecerem no local.

O Sr.(a) pode a qualquer momento tirar suas dúvidas sobre esta pesquisa, agora ou mais tarde, e para isso deverá entrar em contato com a pesquisadora Rita de Cassia Albuquerque Soares, nos telefones: **99770293, 85583919, 21263800 (as ligações podem ser a cobrar)** e e-mail: cassiares@yahoo.com.br ou Doutora Ana Maria de Brito, no e-mail: anabrito@cpqam.fiocruz.br.

O Sr. (a) pode se recusar a participar ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo ao seu atendimento.

Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FioCruz - Ministério da Saúde, que toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida novamente para aprovação deste CEP e, quando for o caso, da CONEP (Res. CNS nº 347/2005-1.1, 1.2, 1.3, 1.4).

Este documento será emitido em duas vias ficando uma sob sua posse e a outra com a pesquisadora responsável.

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento, e aceito participar como voluntário da pesquisa “Adesão ao tratamento de antirretrovirais de pacientes atendidos no ambulatório de DIP/HC/UFPE”.

Assinatura do Participante ou impressão digital \_\_\_\_\_

Endereço do participante:

\_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: Rita de Cassia Albuquerque Soares

Assinatura do Entrevistador \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_

Local: Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**Título do Projeto:** “Adesão ao tratamento com antirretrovirais em pessoas com AIDS, atendidas no hospital das clínicas da UFPE”.

**Pesquisador responsável:** Rita de Cássia Albuquerque Soares.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/FIOCRUZ

**Data de apresentação ao CEP:** 26/06/12

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 17/12

**Registro no CAAE:** 04911912.5.0000.5190

### PARECER Nº 25/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 464777  
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:  
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual cpm 1º prazo de entrega para 05/09/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

